

JUAN JOSÉ LOPEZ IBOR

Marañón, médico humanista

Trabajo publicado en la revista
«Cuadernos Hispanoamericanos»
Junio 1970 Número 246

MARAÑÓN, MEDICO HUMANISTA

POR

JUAN JOSE LOPEZ IBOR

Claudio Bernard dijo un día a sus discípulos: «La medicina científica que tengo el deber de enseñaros no existe», afirmación aparentemente extravagante, pero que Marañón sentía como real.

Yo he dicho alguna vez —son sus palabras— y ahora lo repito, que si me dieran a elegir, para conocer a un enfermo, entre los antecedentes y la exploración, yo elegiría aquéllos; y prefiero un estudiante que recoja con inteligencia y minucia el pasado biológico del paciente recién venido a la consulta, que el que más se aplica a percutirle y auscultarle para definir su estado presente: como si la enfermedad acabase de caerle encima desde otro planeta.

Y no es que Marañón no estuviese profundamente dedicado al estudio «científico» de los enfermos. Véase claramente su postura en las líneas que dedica a Letamendi y a Cajal, las dos grandes figuras que le antecedieron; pero Marañón sabía que la enfermedad no era sólo un proceso natural, biológico en sentido estricto, sino un acontecer humano. Si hablo de Marañón como médico humanista, es precisamente para subrayar su percepción de la *condición humana* de los enfermos.

La palabra humanista puede tomarse en varios sentidos. El humanismo nació con la rememoración de los ideales y conocimientos de la antigüedad clásica. Otros significados ha ido tomando en el curso del tiempo; pero al aplicarle a Marañón este calificativo quiero subrayar no sólo su sensibilidad ante la *condición humana*, sino también su esfuerzo, como médico, en comprenderla. Lo hacía diariamente en la clínica y lo hizo también en esas magníficas «biografías biológicas» que pertenecen a lo mejor de su producción literaria.

Eso que se llama en el *argot clínico*, «tomar los antecedentes», y que científicamente se denomina *anamnesis*, es una captación de la personalidad del enfermo, que nos permite acercarnos a su *pathos*, a su dolor, a su sufrimiento, constituyéndolo —y ese aspecto no debe olvidarse— en fuente de conocimientos. El enfermo vive su enfermedad a través de dolores que ante el médico aparecen, al mismo tiempo, como *síntomas* que le permiten reconocer en qué consiste aquella en-

fermedad. Un reputado internista actual, Höggling, ha dicho que podía diagnosticar el 80 por 100 de los enfermos con sólo la anamnesis. Es lo mismo que hacía y podía hacer Marañón. Las técnicas vienen después a facilitar el diagnóstico en el 20 por 100 restante y a perfilarlo en otros muchos casos; por eso se lamentaba Marañón de que el llamado «ojo clínico» perdiese importancia día a día. Lo está sustituyendo el examen metódico del enfermo, por técnicas diversas y médicos diversos también, unidos al final, en su síntesis diagnóstica. Sin embargo, agregaba, «es preciso insistir en la necesidad de conservar el arte diagnóstico».

Y hoy mismo los más inclinados a usar al máximo las computadoras en la práctica médica dicen que tales técnicas no deben reducir el tiempo de la anamnesis, sino dejarle más tiempo libre (1).

¿Y en qué consiste ese «ojo clínico» y ese arte diagnóstico, virtud personal e intransferible de que tanto habla Marañón?

La persona humana no puede conocerse por modo recto, sino oblicuo. Este conocimiento oblicuo del que hablan los filósofos es el que opera en la anamnesis y se percibe mediante «el ojo clínico». No se trata sólo de poner en relación un dolor con el lugar de origen, sino de algo más, de penetrar en la medula vital del otro ser, lo cual no puede hacerse sino mediante el diálogo de las palabras, de la mirada, de las actitudes. El ser humano, sano o enfermo, nos muestra sus luces y sus sombras.

Para su conocimiento necesitamos iluminar sus zonas opacas, como en lo material nos lo iluminan los rayos X. Y para iluminar esas zonas opacas se necesita una capacidad especial en aquel que trata de hacerlo. No se trata de ese intento de racionalización y naturalización del inconsciente que se propuso Freud. Marañón vio muy claro este problema:

Entrar a zancadas y con los zapatos sucios en la última morada de la conciencia de los hombres y remover el poso de residuos que un divino cedazo arroja a los suburbios de la conciencia, con razón y para que se esté allí quieto, me parece sencillamente pecaminoso y bárbaro. Pero dos o tres de las líneas generales de la concepción freudiana

(1) En la anamnesis se integran las siguientes operaciones:

- 1) Recoger síntomas y reconocer su significación.
- 2) Los síntomas son experiencia de momentos de vida y por tanto «pruebas funcionales».
- 3) Formarse una idea de la personalidad del enfermo, y por tanto de su actitud ante la enfermedad. Descubrir la atmósfera social, familiar y heredobiológica que le integran.
- 4) Crear la relación entre enfermo y médico, que resulta más compleja de lo que a primera vista parece.
- 5) Iniciar la terapéutica en forma de catarsis. El enfermo empieza a descargarse del peso de su enfermedad.

na del espíritu son, sin duda, esenciales y marcan un rumbo nuevo y una etapa fundamental en el conocimiento de nuestra alma. Y lo más importante de esa nueva actitud es, a mi juicio, la enorme valoración de la individualidad del enfermo.

¿En qué consiste ese «divino cedazo» del que habla el maestro? Según el psicoanálisis, la curación debe llegar por la anulación de la represión que condena a las cavernas del inconsciente recuerdos o «residuos» que si vuelven otra vez a la conciencia se ven desposeídos de su valor patógeno. La frase lapidaria de Freud fue: «El *ello* tiene que convertirse en *yo*.» No es ésta una afirmación que hoy día se pueda sostener, sin un retoque fundamental, porque ocurre algo más, y es que la curación consiste también en que lo que accedió al *yo* se convierta en *ello*. La salud consiste en el silencio de nuestro cuerpo; la salud psíquica también exige el silencio de los fantasmas, so pena de convertirse uno en obsesivo o anancástico. Necesitamos, para vivir, no sólo recordar, sino olvidar. Recuerdo y olvido cuyo misterio merecen esa pulcra definición de «cedazo divino» que les da Marañón.

Marañón siempre fue sensible captador de los límites en el conocimiento de lo humano. Hablando sobre el mismo tema en otra parte decía: «por que cuando desmenuzamos un hecho o una idea o un semejante nuestro, a la vez que lo estamos conociendo, sin quererlo, lo estamos inventando. En el fondo, conocer hasta los límites, hasta el agotamiento, tiene mucho de inventar. Y el médico no debe inventar nada». Este respeto a la condición humana y a su misterio empapa su pensamiento y su obra toda.

El enfermo cuando cuenta su historia descubre los límites de su situación en el mundo: cuándo el trabajo se le hace insostenible o difícil, cuándo se frustra en sus empeños y tareas. Y lo hace, además, proyectado sobre el mundo en que vive o en la vida que se ve obligado a hacer, les culpa de su desgracia. De este modo realiza una operación mágica y mistificadora: la de mantener su identidad: «él es siempre el mismo», proyectando sus fallos sobre el «afuera». En ese afuera está también el médico; pero Marañón sabía, con dos o tres preguntas concretas, desvelar esa metablética que se escondía tras las palabras del enfermo. Metablética que era posible porque la enfermedad le obligaba a disociar su núcleo personal de su continente corporal. Disociación que siempre hay que evitar si se quiere salvar al enfermo como persona.

Marañón se mostró siempre muy agudo en la percepción de los pequeños síntomas. Recuerdo muchas de las lecciones que le oí siendo estudiante cuando en algún viaje a Madrid podía escucharle en su servicio; me llamaba la atención su capacidad para descifrar esas «pe-

queñas percepciones» que, como decía Leibnitz, nos dan noticia de nuestro estado corporal.

La percepción de la corporalidad se integra en eso que los clásicos llamaban el «ojo clínico». Esto suponía, además de lo que hemos dicho antes, una forma de intuir la manera de estar alterados los procesos vitales en cada enfermo, de descubrir las líneas de despliegue de lo que siguiendo a Carus podríamos llamar *inconsciente vital*. Su dinámica les permitía percibir en cada caso, individualizado y personalizado, esa peligrosa y difícil operación de pronosticar, ahora reducida, en la medicina moderna, a cifras y porcentajes que no satisfacen a los enfermos, porque quedan siempre en la duda de a qué grupo pertenecen. Me ha maravillado siempre la exactitud con que Potain pronosticó la duración de la enfermedad de Charcot cuando le asistió en la primera crisis de angina de pecho.

Resulta evidente que la vocación endocrinológica de Marañón se hallaba determinada por su actitud personal ante el misterio de la persona humana. Es necesario buscar la costura entre el alma y el cuerpo, como decía Novalis, y que en la enfermedad tiende a desplazarse o disociarse. Esa costura en los tiempos de su formación médica se pretendía encontrar en la fisiopatología de las glándulas de secreción interna. Decía el 7 de septiembre de 1930 ante la Sociedad Peruana de Neuropsiquiatría:

La endocrinología, la novia que yo me había creado, tenía muchos puntos de contacto con la neurología y la psiquiatría. Los problemas se rozaban constantemente. Y sólo me permití ser fiel a mi mujer legítima y a la vez flirtear a diario con la novia de la juventud. Nunca he dejado de leer cuanto he podido de las materias psiquiátricas.

No necesitaba leer demasiado. Su conocimiento intuitivo del corazón humano le bastaba.

La enfermedad actúa como una *aleteia*, o sea, desvelando la trama de nuestra existencia. Y ese gran secreto que revela la enfermedad consiste en reconocer que en nuestra vida existe la posibilidad de la no existencia, o sea, de la muerte. Vida y muerte son como dos actos de un solo proceso. En la introducción a su libro *Las glándulas de secreción interna y las enfermedades de la nutrición* dice:

En la complejidad de los organismos avanzados se hace necesario un sistema que relacione unos con otros los órganos más distantes, ya que cada uno tiene que funcionar de un modo preciso, *consciente*, por decirlo así, de la función de los demás.

Y del mismo modo que Claudio Bernard decía: «cada órgano, cada tejido, cada célula posee su secreción interna», Marañón venía a

decir que poseía además su sistema nervioso y su vida psíquica. Y más adelante añade:

... en conclusión, un cierto número de causas patológicas, al impresionar al organismo producen indistintamente un estado diabético o un estado hipertiroideo.

Desde primera hora, Marañón supo ver la enfermedad, no como un proceso de causalidad monolinear, sino como una *pluralidad* en la unidad, que es lo que caracteriza a la dinámica humana. Un pensamiento que llevó después a F. Kraus a incluir en el concepto de «persona profunda» desde los iones hasta los instintos y sentimientos. La opacidad de nuestra vida no consiste sólo en los recuerdos olvidados, como decía anteriormente. La opacidad está en nuestro mismo cuerpo, silencioso cuando está sano y susurrante o gritón cuando está enfermo. Si grita es porque se siente desgarrado. El dolor escinde y por eso es fuente de conocimientos. El inconsciente no está constituido sólo por la zona periférica que rodea a la claridad de la conciencia, ni por los recuerdos personales ni por los arquetipos colectivos, sino también por ese *inconsciente vital*, al que he aludido antes, que forma nuestro cuerpo con sus regulaciones endocrino-nerviosas. En los últimos años de su vida, Marañón cada día prestó más atención a esos aspectos de regulación neurofisiológica en relación con el metabolismo y las alteraciones endocrinas, como se vio en su descripción del síndrome ABO.

No se puede hablar de Marañón como médico humanista sin mencionar, siquiera sea de pasada, su concepción de la sexualidad expuesta con la claridad y brillantez inigualada en numerosas publicaciones. Oliver Brachfeld hizo una crítica muy agresiva de su tesis sobre la intersexualidad. Le incitó a la crítica una anécdota que el propio Marañón refiere en su contestación a Brachfeld:

Hace algunos meses—dice—me fueron entregados varios trabajos que se habían presentado a concursar al premio instituido por mí en la *Gaceta Literaria* para laurear un estudio de crítica sobre cualquier libro biológico. Estos trabajos se referían al libro de Monakow, *Biologische Einführung in das Studium der Neurologie*, etc.; al libro de Hertwig, *Génesis de los organismos*; al de Rostand, *De la Mouche a l'homme*; al de Folin, *Análisis biológico*; al de Marañón, *Amor, conveniencia y eugenesia*; a otro, sobre el mismo libro, y al de Marañón, *Los estados intersexuales*. Este último estaba redactado por D. F. Surda. El trabajo del doctor Brachfeld no fue, pues, incluido en el concurso. Ignoro la razón. El premio fue concedido al primero de los estudios citados. Quedan, pues, desvanecidas las dudas del doctor Brachfeld. La tardanza en la solución del concurso se debió a causas ajenas a la voluntad de todos.

El autor de aquel trabajo premiado era un estudiante en el filo de terminar su carrera de Medicina y que os dirige en este momento la palabra.

Nunca he comprendido las razones de Brachfeld para este ataque y que él quiso explicarme en una carta, puesto que teóricamente Brachfeld no era más que un psicólogo discípulo de Allers y cuyas ideas, desde el punto de vista psicológico, tenían una gran correspondencia con las que Marañón sostenía desde un punto de vista biológico. Fue Allers el que resucitó en la literatura contemporánea el viejo adagio latino que dice *Omne animal post coitum triste es excepto mulier et gallo*, que tan bien señala la diferencia entre la vida sexual del hombre y la de la mujer tal como se halla interpretada por Marañón.

Nuestro maestro sostiene la existencia de una intersexualidad primaria y aunque esta idea comenzaba por entonces a ser enunciada por diversos autores, no cabe ninguna duda acerca de que en los trabajos de Marañón se hallan numerosas aportaciones personales al conocimiento de la evolución de los sexos. La evolución de ambos es tendente a la diferenciación y de aquí que sostenga que la unión monógama supone la superación en la escala biológica de ese proceso de diferenciación; por otra parte, señala que el ritmo evolutivo es distinto en el hombre que en la mujer y que dentro de la normalidad hay como una fase de matiz feminoide en la pubertad masculina, como la hay de matiz viriloide en el climaterio femenino. No le escapó la postura excéntrica del varón, y de ahí sus comentarios a la significación del sexo y del trabajo en los mismos.

Aparte de estas tesis generales, Marañón publicó numerosos trabajos llenos de contenido clínico y fisiopatológico; por ejemplo, la descripción de los rasgos intersexuales, tema ahora muy sobre el tapete. Cuando yo leí la primera edición de su libro sobre la intersexualidad, me quedó grabada una observación de Marañón, y es la siguiente: los rasgos intersexuales femeninos aparecen más en el lado izquierdo del cuerpo, y al revés. O sea, la existencia de una asimetría de los caracteres sexuales. Mucho después se me ha revelado la importancia antropológica de este hecho, puesto que la mitad izquierda del cuerpo es la mitad pasiva o femenina, como decían los pensadores románticos. Así, en los casos de histeria, se ve un predominio en el lado izquierdo del cuerpo de todos los síntomas que suponen pasividad, tales como las parálisis y las anestias, y en el fondo se podría afirmar que el lado izquierdo del cuerpo es prevalentemente *pático*, en tanto el lado derecho del cuerpo es más *activo* o masculino en el anterior esquema antropológico.

Su concepción del *Don Juan*, a pesar de alguna observación de

Ortega y de tantos otros, toca muy de lleno a la raíz de la actitud sexual del famoso personaje, revelada en su «necesidad de variación» y en su incapacidad para profundizar en todo lo que de esencial hay en el Eros femenino.

En estos tiempos en que los problemas de la sexualidad están tan a flor de piel en la sociedad contemporánea, una relectura de los libros de Marañón supone una inmersión en un baño de real sabiduría antropológica.

Marañón tenía, aparte de ello, sus raíces bien ancladas en la medicina como Ciencia Natural. Lo que Cajal significaba en la investigación fundamental, lo era Marañón en la clínica. Pero Marañón sabía, además, que la enfermedad no se agota en la investigación científico-natural de la misma por depurada y avanzada que sea, sino que la enfermedad es, como decía antes, angustia y sufrimiento. El enfermo quiere el último remedio, la última explicación. Y el médico como Marañón sabe que el último remedio a veces no es mejor que el penúltimo y que la explicación que pide el enfermo no es el conocimiento científico de la enfermedad; es decir, que el enfermo no busca la verdad, sino la serenidad frente a la angustia que le produce el hecho incomprensible de estar enfermo. (¿Por qué yo, aquí y ahora?). Y esa serenidad no se consigue más que con el carisma del contacto humano con el médico. El carisma brota de la esperanza. Marañón demostró en su vida y en su manera de sobrellevar su última enfermedad que hasta en el borde del sepulcro puede aparecer y se deben cultivar las flores de la esperanza.

Durante muchos años he dirigido un servicio de Neuropsiquiatría al lado del suyo. Esta vecindad me permitió verle de cerca ante los enfermos, muchas veces. Y ahora recuerdo su figura, sus gestos llenos de una sencillez que resultaba carismática por sí misma. Su manera de moverse tenía el mismo ritmo que su lenguaje. Su estilo literario siempre me recuerda la música de Vivaldi o Alberoni. Así era su ritmo interior. Cuando se quiere alabar a un gran médico se recuerda la frase de Hipócrates—el médico que sabe filosofía es como los dioses—. No era ése el Marañón médico. Los dioses del mundo griego son, como sus héroes, trágicos. Marañón venía de otros parajes, de aquellos donde brota la luz y la serenidad que esparcía a raudales con su presencia y cuyo reflejo percibimos en la obra que nos legó. De aquel mundo de luz y serenidad del cual vino a darnos ejemplo y al cual seguramente ha vuelto.

JUAN JOSÉ LÓPEZ IBOR
Pastor, 4
MADRID-3

Depósito legal: M Sep. 3875/1958

IMPRESA NACIONAL DEL BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO

Ayuntamiento de Madrid