ANTROPOLOGIA MEDICA

Pedro Laín Entralgo

Salvat

ANTROPOLOGIA MEDICA

PARA CLINICOS

ANTROPOLOGIA MEDICA

PARA CLINICOS

PEDRO LAIN ENTRALGO



SALVAT EDITORES, S. A.

Barcelona - Madrid - Buenos Aires - Bogotá - Caracas - Lima - México
Quito - Rio de Janeiro - San Juan de Puerto Rico - Santiago de Chile

Reimpresión 1985

© 1984. Salvat Editores, S. A. - Mallorca, 41 - Barcelona (España)
ISBN 84-345-2488-0
Depósito Legal B. 1394-1985
Composición y compaginación: Fotoletra - Aragón, 208-210 - Barcelona (1984)
Impresión: Henchin, S. A. - Pallars, 85-91, 2.°, 3.ª - 08018 Barcelona (1985)
Printed in Spain

Prólogo

Más objetivo uno, más subjetivo el otro, dos motivos me han impulsado conjuntamente a la confección de este libro.

Es el primero un hecho histórico hace tiempo denunciado por mí: que si la clínica ha sido siempre real y verdaderamente humana, no puede decirse otro tanto de la patología. En su relación directa con el enfermo, nunca el clínico ha dejado de ser un hombre, *homo medendi peritus*, que médicamente está tratando a un *homo patiens*, a otro hombre. Mas cuando el clínico pasa a ser patólogo, cuando se afana por dar razón científica de lo que como tal clínico ve y hace, ¿no es cierto que la persona tratada suele quedar intencionalmente convertida en un objeto que sólo por modo comparativo puede ser llamado «hombre»? Es cierto, sí, que al organismo del hombre y sólo a él se refiere lo que los libros al uso dicen de la fisiopatología del reflejo patelar o del síndrome urémico. Pero esa fisiopatología, ¿es formalmente y en todos los sentidos humana? Con mayor amplitud: ¿es formalmente y en todos los sentidos humana la patología que de ordinario se escribe y se enseña? Lo que como patólogo suele hacer el médico, ¿no es más bien «patología humana comparada» que «patología humana comparada e incomparable», siendo así que a la vez comparable e incomparable es, respecto de los restantes animales, el que genéricamente denominamos hombre? Desde su idea puramente científico-natural de la ciencia, y por tanto de cualquier patología que pretenda ser científica, que Claudio Bernard nos dé la respuesta. «El médico –escribió el genial fisiólogo– se ve con frecuencia obligado a tener en cuenta en sus tratamientos eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico, y por consiguiente... una multitud de consideraciones que nada tienen que ver con la ciencia.» Está claro: formalmente y en todos los sentidos no era humana la patología a que Claudio Bernard aspiraba, y sigue sin serlo la que oficial y académicamente desde él se ha escrito; lo era y lo es tan sólo –como la fisiología del metabolismo o la del corazón que habitualmente se enseña a los médicos– por modo comparativo. Pues bien: para que la patología llegue a ser plenamente humana, por necesi-

dad habrá que fundarla sobre un conocimiento del hombre en cuanto tal, del hombre como ente a la vez comparable e incomparable, y desde el punto de vista de su mudable condición de sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal; es decir, sobre una verdadera antropología médica. Y en tal caso, me he preguntado más de una vez, ¿podría yo hacer algo aceptable para el buen logro de ese empeño?

Más subjetivo es el segundo de los motivos de este libro. Desde que me inicié en el cultivo profesional y vocacional de la historia de la Medicina, pronto advertí que el saber histórico-médico puede adquirir valor y sentido por muy distintos caminos. Puede, en efecto, contribuir a la formación intelectual del sanador, y con tal intención se le ha incluido en el *curriculum* de la Facultad de Medicina; puede asimismo cooperar en la cabal edificación de la historia general de un pueblo, de una cultura o de la humanidad entera; puede, en fin, servir de camino hacia una concepción integral del saber médico, si a él se aplica rectamente la consigna «historia como sistema», de Ortega, y por tanto hacia la disciplina en que tal saber debe tener su fundamento propio: el conocimiento médico del hombre en cuanto hombre, la antropología médica. Tácita o expresamente, nunca desde entonces he dejado de moverme hacia esta meta.

Aunque no haya sido incluida en la formación regular del médico, y confundida a veces –*pars pro toto*– con la antropología médica cultural, una de sus ramas, no es ciertamente nueva tal disciplina. Aparte ciertas trasnochadas elucubraciones de filosofía médica, nació a la historia cuando, tras la Primera Guerra Mundial, una mentalidad transpositivista comenzó a imponerse en el pensamiento europeo. Los *Stücke einer medizinischen Anthropologie*, de V. von Weizsäcker (1928), y la *Medizinische Anthropologie*, de O. Schwarz (1928), fueron las primeras expresiones de ese nacimiento. No han sido desde entonces escasas las publicaciones consagradas al tema, más sistemáticas unas, más ensayísticas otras, y con frecuencia unilateralmente orientadas por una determinada ideología filosófica, política o religiosa. Ha habido así acercamientos a la antropología médica de carácter fenomenológico-existencial (L. Binswanger, M. Boss), antropobiológico (A. Gehlen, A. Jores), marxista (H. Steussloff y E. Gniosto, S. Milcu), teológico (V. E. Fr. von Gebsattel) y científico-metafísico (P. Laín Entralgo, D. Gracia Guillén). Todos ellos habrán de ser tenidos en cuenta cuando se quiera construir por extenso una antropología médica a la vez filosófica, sistemática y omnicomprensiva.

No es éste mi caso en cuanto autor del libro que ahora aparece, aunque, como pronto verá el lector, sea rigurosamente sistemática la estructura de él. En primer lugar, porque al escribirlo siempre he procurado moverme con una intención estrictamente descriptiva y comprensiva; con lo cual, aunque en rigor no sea posible la descripción asépticamente pura, aunque toda descripción científica lleve en sí *nolens volens* algo de la ideología del autor, será mínima la parte de ella en la construcción de la doctrina expuesta. En segundo, porque este libro va primordialmente dirigido a los médicos –a los médicos reflexivos, claro está– y no a los profesionales de la antropología filosófica o a los aficionados a ella. ANTROPOLOGÍA MÉDICA PARA CLÍNICOS, reza su título completo. En

tercero, porque en aras de la sencillez he decidido que el aparato erudito fuese en sus páginas mínimo o nulo. Sólo he puesto en ellas lo que veo, recuerdo y pienso, sabiendo muy bien, por tanto, que dejaré de consignar observaciones y pensamientos ya anteriormente impresos, y que, sin advertir que algunos lo han dicho antes, daré por mío algo de lo que en realidad es de otros. Qué le vamos a hacer. Cuando uno escribe ya en los que, completando la canónica serie tudesca de las edades del intelectual –*Lehrjahre* o «años de aprendizaje», *Wanderjahre* o «años de peregrinación» y *Meisterjahre* o «años de magisterio»–, he propuesto llamar *Vermächtnisjahre* o «años testamentarios», ese proceder es a un tiempo necesidad y virtud.

A riesgo de incurrir en redundancia, otra advertencia previa debe ser hecha. He dicho que este libro va primordialmente dirigido a los clínicos, esto es, a lectores con poco tiempo y exigentes, en consecuencia, de exposiciones concisas, claras y sinópticas; tanto más cuando se trata de saberes todo lo fundamentales que se quiera, pero considerablemente apartados de los que la práctica médica diaria pide. Cuando yo era mozo, *La Presse Médicale* publicaba con frecuencia el anuncio de no sé qué preparado farmacéutico: una página dividida en tres columnas, la primera totalmente impresa bajo el título «Para los médicos que tienen mucho tiempo», la segunda impresa en sólo su mitad superior y titulada «Para los médicos que tienen poco tiempo», la tercera con sólo tres o cuatro líneas en letra gruesa y encabezada así: «Para los médicos que no tienen ningún tiempo». Pues bien, este libro ha sido compuesto pensando en los médicos reflexivos que tienen poco tiempo; y si a ellos se añade alguno de los que tienen mucho, los jóvenes pendientes de orientación profesional o de destino, tanto mejor. A los que no tienen ninguno, a los atosigados por su práctica, esclavos de ella y sólo menesterosos de los conocimientos técnicos inmediatamente utilizables, sería inútil que yo me dirigiera. De ahí el carácter conciso, claro y sinóptico que he querido dar al contenido de este libro. Y, por supuesto, su doblemente abierta condición: abierta tanto a las más distintas doctrinas antropológicas y psicológicas –salvo a las que por reduccionismo doctrinario lleguen a prescindir de ciertos hechos o a falsear la íntegra realidad de ellos–, como a la personal reflexión de los lectores que se decidan a completar por sí mismos lo que en tantas ocasiones yo no paso de apuntar o sugerir.

Dicho lo cual, no me queda sino aplicar a mi intento la fórmula usada en las Academias al término de los dictámenes que ellas encargan: «Con su superior criterio, el lector decidirá». En esta ocasión, acerca de la pertinencia y el acierto de la antropología médica que aquí le ofrezco.

Enero de 1984

PEDRO LAÍN ENTRALGO

Agradecimiento

Con su saber y su consejo me han ayudado en la confección de este libro los profesores Albarracín Teulón (A.), Barraquer-Bordas (Ll.), Gracia Guillén (D.), Grande Covián (F.) y Rodríguez Villanueva (J.). Y con su obra entera, mi maestro y amigo Xavier Zubiri, tan presente en estas páginas. Conste aquí mi vivo agradecimiento a todos ellos.

Debo asimismo agradecimiento al Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social.

Indice de capítulos

Parte I

LA REALIDAD DEL HOMBRE

1. La realidad humana: estructura 9
I. La noción de estructura 10
II. Las estructuras operativas 14
1. Las estructuras *morfogenéticas* 15
2. Las estructuras sustentativas 17
a) Conservación de la figura humana 17
b) Actividad nutricional 18
c) Homeostasis 19
d) Homeorresis 19
e) Actividad sexual 19
3. Las estructuras ejecutivas 20
a) Estructuras locomotoras 20
b) Estructuras visceromotoras 21
c) Estructuras psicomotoras 22
III. Las estructuras impulsivas 23
1. Las estructuras de la energía fisicoquímica 24
a) El potencial gravitatorio del cuerpo 24
b) Energías biofísicas y bioquímicas 24
2. Las estructuras de la energía instintiva 25
a) Génesis, conservación e integridad del organismo . . 25
b) Hambre y sed 25
c) Instintos sexual y tanático 26
d) Instinto de valimiento y poderío 27
e) Agresión y sociabilidad 27
f) La mudanza vital 27

3. Las estructuras de la energía voluntaria 28
IV. Las estructuras signitivas 29
1. La conciencia psicológica 29
2. La situación en el espacio 30
a) Percepción del mundo exterior 31
b) Estado espacial del cuerpo propio 32
3. La situación en el tiempo 32
a) La memoria a corto plazo 34
b) La memoria a largo plazo 34
4. La propia identidad 36
5. La conciencia moral 37
6. La conciencia del estar, la emoción y el dolor 37
7. Los sueños como dato signitivo 39
8. La función signitiva de los símbolos 40
V. Las estructuras cognitivas 41
1. La esencial conexión del conocimiento con las estructuras signitivas del ser humano 44
2. La unidad y la diversidad del momento psicológico de las estructuras cognitivas 45
a) La modalidad abstractiva 45
b) La modalidad adaptativa 45
c) La modalidad combinatoria 45
d) La modalidad discursiva 45
e) La modalidad inventiva 46
f) La modalidad creativa 46
3. El momento orgánico de las estructuras cognitivas . . . 46
VI. Las estructuras expresivas 47
1. La expresión voluntaria 48
a) El habla 49
b) Génesis del habla 50
c) Desarrollo de las estructuras neurofisiológicas del habla 50
2. La expresión involuntaria 51
3. La expresión inconsciente 52
VII. Las estructuras pretensivas 52
1. Los fines últimos 53
a) El seguir viviendo 54
b) El fruir 54
c) La felicidad 55
d) La perfección 57
2. Las metas mediatas 58
a) La vivencia del mero vivir 58
b) El placer 59
c) La creación 59
3. Los requisitos esenciales de la actividad pretensiva . . . 61

a) La libertad 61
b) La imaginación 61
c) La vocación 61
d) La proyección 62
e) La esperanza 62
VIII. Las estructuras posesivas 62
1. La apropiación prensil 63
2. La apropiación visual 63
3. La apropiación intelectiva 64
4. La apropiación sentimental 64
5. La apropiación verbal 65
6. La autoposesión 66
IX. Estructuras psicoorgánicas y vida personal 66
1. La tenencia 68
2. La pasión 69
3. El ser 69

2. La realidad humana: dinámica 71
I. El cambio vital del hombre: descripción 73
1. La biografía 74
2. La fase 77
a) Las edades 77
b) Vidas sucesivas y vidas complementarias 82
3. Las series típicas 84
a) El desarrollo 84
b) El proceso 85
4. Los ciclos y los ritmos 85
5. Los cambios de estado 87
6. Doble vía para la intelección de un curso biográfico . . . 87
II. El cambio vital del hombre: causación 88
1. Causación de la biografía 89
a) El destino 90
b) El azar 92
c) El carácter 92
2. Causación de los cambios de estado 93
a) La constelación causal 94
b) El motivo efector 95
3. Comienzo, integridad, complementariedad y preponderancia 98
a) El comienzo 98
b) La integridad 98
c) La complementariedad 98
d) La preponderancia 99
4. Tipificación de los cambios de estado 99
a) El doblete consecuencia-predeterminación 100

b) El doblete estimulación-anticipación proléptica . . . 103
c) El doblete apercepción del presente-anticipación proyectiva . . . 105
5. Conocimiento científico de los cambios de estado 107

3. El cuerpo humano . . . 109
I. El cuerpo humano en tanto que realidad objetiva 110
1. El cuerpo humano en la antigüedad clásica 112
a) Cuerpo humano y phýsis humana . . . 112
b) El orden descriptivo de Galeno . . . 112
c) El cuerpo humano, microcosmos . . . 113
d) Fisiología y ética . . . 114
2. El cuerpo humano en la Edad Media cristiana 114
a) Sacralidad del cuerpo . . . 115
b) La sectio cadaveris . . . 115
c) El orden descriptivo . . . 116
3. El cuerpo humano en el mecanismo moderno 116
a) Visión arquitectural del cuerpo: Vesalio . . . 116
b) El mecanismo cartesiano . . . 118
c) Harvey, sabio jánico . . . 119
d) Anatomía y psicología . . . 120
4. El cuerpo humano en el panvitalismo renacentista. . . . 120
5. El cuerpo humano en el vitalismo moderno 121
a) Compromiso con la ciencia moderna . . . 122
b) El principio vital . . . 122
c) Tres realidades en el hombre . . . 123
6. El cuerpo humano en el pensamiento científico del siglo XIX . . . 123
a) La teoría celular . . . 123
b) El antivitalismo . . . 124
c) La bioquímica, ciencia básica . . . 124
d) El evolucionismo biológico . . . 125
e) Visión científica del cuerpo humano . . . 126
7. El cuerpo humano en la actualidad . . . 127
a) Ampliación del saber recibido . . . 127
b) Recapitulación de los modelos precedentes . . . 128
c) Forma y función . . . 128
d) Hominización de los saberes somatológicos . . . 128
e) «Sacralización secularizada» del cuerpo . . . 129
II. La experiencia íntima del cuerpo propio . . . 129
1. La conciencia de mi existir . . . 130
2. La conciencia de mi estar . . . 131
3. La conciencia del mundo, y por consiguiente de mi estar en el mundo . . . 131
a) Conciencia del «aquí» . . . 132

b) Conciencia del «ahora» 132
c) Conciencia de «los otros» 133
4. La conciencia del poder y del límite 134
5. La conciencia de vivir entre la manifestación y la ocultación 135
6. La conciencia de la apropiación 136
III. Hacia una teoría integral del cuerpo humano 136
1. Coimplicación 136
2. Complementación 137
3. La radical opacidad del cuerpo 138
4. Una vía hacia la teoría integral del cuerpo humano . . . 138

4. La intimidad del hombre 141
I. Hábitos de la persona que hacen posible la apropiación . . . 143
1. La idea de sí mismo 144
2. La libertad 145
3. La *vocación* 147
II. «Mi» realidad y «la» realidad 148
1. La creencia 149
2. El amor 150
3. La esperanza 151
III. Intimidad e inquietud 151
1. Génesis de la inquietud 151
2. Expresiones de la inquietud 153
3. La vida de la inquietud 154
IV. Cuerpo e intimidad 155

5. Las determinaciones tipificadas de la realidad humana 157
I. La tipificación biológica 157
1. El sexo 158
a) Sexo y naturaleza 158
b) Sexo, sociedad y cultura 161
2. El biotipo 162
a) Biotipos morfológicos 163
b) Biotipos funcionales 164
c) Biotipos infectorreactivos 164
d) El biotipo y el psiquismo 164
3. La raza 165
a) Raza y naturaleza 165
b) Raza, sociedad y cultura 166
II. La tipificación social e histórica 168
1. La tipificación social 168
a) *Estructura de la sociedad* 168
b) Incardinación en el grupo social 170
2. La tipificación histórica 170

a) El área cultural 171
b) La época 171
c) La mentalidad 172
d) La nación 172
e) La generación 173

Parte II

SALUD Y ENFERMEDAD

1. Antropología de la salud 179
I. La definición de la OMS 179
II. El «estar sano» en la historia 180
1. Concepciones naturalistas de la salud 181
a) Idea naturalista y clásica 181
b) Idea naturalista y romántica 183
2. Concepciones personalistas de la salud 184
a) Idea personalista y clásica 185
b) Idea personalista y romántica 185
III. Criterios para la intelección de la salud 187
1. Qué es la salud: criterios objetivos 187
a) El criterio morfológico 188
b) El criterio etiológico 188
c) El criterio funcional 188
d) El criterio utilitario o érgico 188
e) El criterio comportamental o conductal 189
2. Norma y rol 189
3. Qué es la salud: el criterio subjetivo 192
a) El sentimiento de estar sano 192
b) Fusión de los criterios subjetivos y objetivos 194
c) Crítica del criterio subjetivo 195
4. Qué es la salud: el criterio sociocultural 195
IV. Una concepción integral de la salud 197
1. Complejidad y relatividad de la salud 197
a) Atenimiento a todos los criterios 197
b) Salud perfecta y salud relativa 198
2. La salud en la actualidad 199
a) Alta estimación 200
b) Producto de una operación técnica 200
c) Objeto de derecho y deber 200
d) El momento social de la salud 201
e) Salud y ecología 201
V. El diagnóstico de la salud 201

2. La enfermedad como problema antropológico 203
I. La enfermedad en general 204
1. Un concepto genérico de «enfermedad» 205
2. Orden analógico de la «enfermedad» 205
a) Enfermedades de las estructuras cristalinas 205
b) Enfermedades de las estructuras bioides 206
c) Enfermedades de las estructuras vegetales 206
d) Enfermedades de las estructuras animales 206
e) Enfermedades de la estructura humana 206
II. La enfermedad vegetal 206
1. El modo vegetal de la vida 207
2. Modos y modo de la enfermedad vegetal 207
a) Mayor resistencia a la afección morbosa 207
b) Localización de la acción autorreparadora 207
c) Carencia de ciertos modos de la respuesta 207
III. La enfermedad animal 208
1. La vida animal 208
a) Vida quisitiva 208
b) Ensayo y error 209
c) Automoción y sensación 209
d) El todo del organismo 209
e) Ciclos y ritmos 209
f) Adaptación dinámica al medio 209
2. La enfermedad animal 210
a) Mayor vulnerabilidad 210
b) Sentimiento de la propia enfermedad 210
c) Reacción del todo del organismo 210
d) «Busca y captura» y «ensayo y error» 210
e) La neurosis 211
3. La neurosis como enfermedad animal 211
a) Sintomatología neurótica 211
b) Génesis 212
c) Qué es una neurosis experimental 212
IV. La enfermedad humana 212
1. Filología y conceptuación en la enfermedad humana . . . 213
a) Los nombres de la enfermedad 213
b) Definiciones de la enfermedad 214
2. Los modos humanos de enfermar 217
3. El modo humano de enfermar 218
a) La enfermedad, realidad sensible y cognoscible . . . 219
b) La enfermedad, episodio biográfico 220
c) La enfermedad, fuente de acción creadora 220
d) La enfermedad, objeto de apropiación 220
e) Enfermedad, inteligencia y libertad 221
4. Las neurosis del hombre 221

a) Neurosis animal y neurosis humana: analogías 222
b) Neurosis animal y neurosis humana: diferencias . . . 222
5. ¿Definición de la enfermedad? 223
6. Estructura de la enfermedad humana 226
a) Momento psicoorgánico 226
b) Momento social 226
c) Momento histórico 227
d) Momento personal 228

3. La nosogénesis 229
I. De la salud a la enfermedad 230
1. La realidad psicoorgánica del cambio 231
a) ¿Cambio cuantitativo o cambio cualitativo? 231
b) El «malestar amenazante» 233
2. La significación vital del tránsito salud-enfermedad . . . 236
a) Descubrimiento de la enfermabilidad 236
b) La ambivalencia aflicción-iluminación 237
II. Situación y constelación nosogenéticas 237
1. Estructura de la situación nosogenética 239
a) Orden constitucional 239
b) Orden ambiental 240
c) Orden social 240
d) Orden histórico 241
e) Orden personal 242
III. El vector nosogenético 242
1. Conceptuación 243
2. Tipificación 244
a) Preponderancia biofísica y bioquímica 244
b) Preponderancia instintiva 251
c) Preponderancia personal 258
IV. Ocasión y tiempo de la nosogénesis 262
1. Ocasión de la enfermedad 263
a) Puro azar incomprensible 264
b) Oportunidad comprensible 265
2. El período inicial de la patocronia 265

4. La configuración del cuadro morboso 269
I. La etapa inicial del estado de enfermedad 270
1. Constitución del estado de enfermedad 270
a) Lesión orgánica desconocida 271
b) Sentimiento de enfermedad sin lesión detectada . . . 271
2. Consistencia del inicial estado de enfermedad 272
a) El punto de vista psíquico 272
b) El punto de vista orgánico 275
c) Pasión y acción 277

3. Modos de evolución 277
a) Regresión al estado de salud 278
b) Intensificación y especificación 278
c) El «paciente-problema» 278
II. La sintomatización de la enfermedad 278
1. La constitución real del síntoma 279
a) Momento biofísico y bioquímico 280
b) Momento instintivo 282
c) Momento personal 288
d) Recapitulación 289
III. Génesis y localización del síntoma 289
1. Génesis del síntoma 289
2. Localización del síntoma 292
a) Preponderancia biofísica y bioquímica 292
b) Preponderancia instintiva 293
c) Preponderancia personal 294
3. Especificación e individualización del síntoma 296
a) Especificación del síntoma 296
b) Individualización del cuadro sintomático 298
4. Clasificación de los síntomas 300
IV. La reacción personal al estado de enfermedad 300
1. El condicionamiento de la respuesta 301
a) Especie morbosa 302
b) Tipo biológico 302
c) Situación socioeconómica 302
d) Situación sociocultural 302
e) Personalidad individual 303
2. La estructura de la respuesta 303
a) Momento afectivo 304
b) Momento interpretativo 304
c) Momento operativo 307
d) Momento moral 308
3. El mecanismo de la respuesta 308
4. Subjetividad y objetividad de la respuesta 308

5. Física y metafísica de la enfermedad humana 311
I. La enfermedad desde el punto de vista de «lo que es» . . . 312
1. La enfermedad, accidente modal 313
a) No es «ente de razón» 314
b) No es «realidad sustancial» 314
c) No es «accidente predicamental» 315
d) No es «propiedad» 315
e) Es «accidente modal» 316
2. Individualidad, causación y fisopatología 317
a) La individualidad del enfermar 317

b) Causación de la enfermedad 318
c) Consistencia real de la enfermedad 319
II. La enfermedad desde el punto de vista de «lo que soy» . . . 320
1. Enfermedad y corporeidad 321
2. Enfermedad y coexistencialidad 322
3. Enfermedad y vulnerabilidad 323
4. Enfermedad y doloribilidad 325
5. Enfermedad y apropiación 325
6. Enfermedad e interpretación 326
7. Enfermedad y valía 327
8. «Mi» enfermedad y «la» enfermedad 328
III. Un camino hacia la integración 328
1. La realidad en general 329
2. La realidad del hombre 330
3. La realidad de la enfermedad 332
a) Orden de la realidad 332
b) Enfermedad y dimensión 332
c) Enfermedad y estabilidad 333
d) Enfermedad y vulnerabilidad 334
e) Manifestación del desorden morboso 334
f) Individualidad de la enfermedad 335
g) Sentido de la enfermedad 336

Parte III

EL ACTO MEDICO Y SUS HORIZONTES

1. La relación médico-enfermo y el acto médico 343
I. La relación médico-enfermo 344
1. El fundamento de la relación médica 344
2. La índole de la relación médica 345
a) Relación entre hombre y hombre 345
b) Relación de ayuda 347
3. Estructura y dinámica de la relación médica 350
a) Estructura y dinámica 351
b) Fin propio 352
c) Consistencia propia 352
d) Vínculo propio 355
e) Comunicación propia 356
4. Modos de la relación médica 356
a) Los motivos del enfermo 357
b) Los motivos del médico 359
c) La índole de la enfermedad 361
d) El marco del encuentro 361
II. El acto médico 362

2. El momento afectivo del acto médico 363
I. Modos típicos y modos atípicos 364
1. La amistad médica 364
2. La camaradería médica 367
3. La transferencia 369
4. Modos viciosos de la vinculación afectiva 370
a) Por exceso o por defecto 371
b) Vinculación no amistosa 371
II. Amistad médica y transferencia 372

3. El momento cognoscitivo del acto médico 375
I. El diagnóstico integral 376
1. La meta del diagnóstico 376
2. La explotación clínica 378
a) Exploración de un organismo personal 378
b) Exploración de una persona orgánica 384
3. La inferencia diagnóstica 385
a) La inferencia tradicional 386
b) La inferencia informática 390
c) La inferencia interpretativa 392
II. Formas deficientes del diagnóstico 402
1. Deficiencia pragmática 402
2. Deficiencia forzosa 403
a) Falta de tiempo 403
b) Falta de recursos 404
c) Indole de la relación médica 404
3. Deficiencia doctrinaria 404
III. Epistemología del diagnóstico 406

4. El *momento operativo del acto médico* 409
I. Situación, constelación y vector terapéuticos 410
1. Situación y constelación terapéuticas 410
a) El médico 411
b) El marco del tratamiento 412
c) La persona del enfermo 412
d) El remedio 415
2. El vector terapéutico 415
a) El fármaco 415
b) La intervención quirúrgica 418
c) La palabra 419
II. Tres situaciones clínicas 420
1. La enfermedad aguda curable 420
2. La enfermedad crónica preponderantemente orgánica . . 421
a) Meta del tratamiento 422
b) Estructura del tratamiento 423

c) Figura del tratamiento 424
3. La enfermedad crónica preponderantemente psíquica . . 424
a) Meta del tratamiento 425
b) Estructura del tratamiento 426
c) Figura del tratamiento 428

5. El momento ético del acto médico 429
I. La condición moral del acto médico 430
1. Ayuda médica ocasional y no solicitada 430
2. Asistencia médica habitual 431
3. La conducta del enfermo 432
II. Deberes respectivos del médico y el enfermo 432
1. Deberes del médico 432
2. Conflicto entre la persona y la sociedad 433
a) Discrepancia sobre el modo de la curación 433
b) Dilema «tratamiento o muerte» 433
c) El secreto médico 434
3. Conflicto entre la consideración objetivo y la consideración personal del enfermo 434
4. Conflicto entre la declaración y la ocultación de la enfermedad 434
5. Conflicto entre el deber de asiduidad y el deber de distanciamiento 435
6. Conflicto entre el poder y el deber 435
7. Conflicto entre la moral del médico y la del enfermo . . 435
8. Conflicto entre la apetencia del lucro máximo y la obligación del lucro justo 436
9. La regla de oro y sus tres principios 436
10. Deberes del enfermo 437
III. Etica médica y religión 437

6. El momento social del acto médico 441
I. Socialidad de la relación médica 442
1. Consistencia social de la enfermedad 442
a) Causa de la enfermedad 442
b) El sentimiento de enfermedad 444
c) El cuadro sintomático 444
2. Socialidad del médico 445
3. Sociedad de la relación médica 445
a) Socialización desde fuera 445
b) Socialización desde dentro 446
c) Relación médica y sociedad 447
II. La socialización de la asistencia médica 448
1. La rebelión del sujeto 448
2. La asistencia médica socializada 450

a) Actitud del enfermo y del médico 450
b) Relación entre el enfermo y el médico 451

7. La curación: sus modos y sus grados 455
I. Esencia, modos y grados de la curación 456
1. Del diccionario a la realidad 456
2. Modos y grados de la curación 458
a) La curación total 458
b) La curación con defecto 459
II. El diagnóstico de la curación 461
1. Dos condiciones necesarias 461
2. La condición de suficiencia 462

8. La muerte del enfermo 465
I. El hecho, el acto y el evento de la muerte 466
1. La muerte como hecho objetivo 466
a) El hecho biológico de la muerte 467
b) El hecho clínico de la muerte 469
c) El hecho social de la muerte 470
2. La muerte como acto humano 471
3. La muerte como evento histórico y social 473
a) El evento de la muerte en el mundo occidental 474
b) El evento de la muerte en la actualidad 475
II. El médico y la muerte 478
1. La asistencia al moribundo 479
a) Muerte cierta, hora incierta 479
b) Técnica y ética 482
2. La conducta ante el cadáver 483
a) El diagnóstico de la muerte 484
b) La necropsia anatomopatológica 484

9. La mejora de la naturaleza humana 485
I. Mejora de la naturaleza individual desde el soma 486
1. El soma como objeto de la mejora 486
a) Hechos 487
b) Expectativas 489
2. Mejora del germen desde el soma 493
a) Eugenesia clásica 493
b) Eugenesia 495
II. Mejora de la naturaleza individual desde el germen 496
1. Hechos 496
a) Ingeniería del desarrollo 496
b) Ingeniería genética stricto sensu 498
2. Expectativas 500
a) Previsiones de la genética clásica 500

b) Previsiones de la ingeniería genética 500
c) El control del comportamiento 502
III. La humanidad futura 503
1. Entre el proyecto y la utopía 503
2. Salud, bienestar, felicidad y perfección 506
3. El doble rostro del progreso 507

Introducción

Antes de entrar de lleno en la exposición de los saberes que integran la antropología médica, un mínimo rigor metódico obliga a señalar con cierta precisión su puesto dentro de esa compleja actividad científica y práctica llamada «medicina», y a establecer con suficiente fundamento su estructura interna.

I. MEDICINA, ANTROPOLOGIA MEDICA Y ANTROPOLOGIA GENERAL

Dejando de lado la acepción vulgar que le equipara a «medicamento», el término «medicina» designa en el lenguaje ordinario tres realidades distintas: una institución social, una actividad profesional y un conjunto de saberes. Instituciones sociales son las Facultades de Medicina, las Escuelas de Medicina y las Academias de Medicina. Actividad profesional es la de quien dice «ejercer la Medicina» o «practicar la Medicina». Conjunto de saberes en fin, es el que se aprende para dedicarse competentemente a dicha actividad, ese a que alude quien a sí mismo se llama «docente de Medicina» o «estudiante de Medicina». Pues bien: dentro de todos ellos, ¿qué lugar ocupa y qué función desempeña la antropología médica?

1. El saber médico

Puesto que comúnmente son llamadas «ciencias médicas» las que componen los *curricula* de las Facultades de Medicina –anatomía, fisiología, farmacología, patología, etc.–, parece obvio pensar que el saber médico es ante todo un saber científico. Ocurre, sin embargo, que la anatomía, la fisiología, la farmacología e incluso la patología son, sí, verdaderas ciencias, pero no son medicina,

y que aun entendida como saber, ésta, la medicina, en modo alguno es equiparable al saber del que sabe química o sabe física; con otras palabras, que en el rigor de los términos no es el médico un genuino saber científico. El saber científico *sensu stricto* es un «puro saber». Salvo que quiera convertir su ciencia en técnica aplicada, el químico sabe que la sal común es cloruro sódico sólo por la fruición intelectual de saber que así es; y lo mismo poseen sus respectivos conocimientos el físico, el astrónomo, el botánico, etc. Que luego ese saber, quiéralo o no el que lo posee, sépalo o no lo sepa, en alguna medida modifique el mundo, y cumpla así el célebre mandamiento de Carlos Marx en sus tesis contra Feuerbach, es problema distinto.

No: el saber del médico en cuanto médico no es un «puro saber», un «saber por saber»; es un saber para curar, y sólo en el acto de curar –o de intentar curar– se constituye y actualiza. El médico no es médico por conservar en su memoria lo que acerca de las enfermedades dicen los libros de patología, o acerca de su tratamiento los de terapéutica, sino en tanto que diagnostica y trata a un enfermo de carne y hueso.

La medicina, entonces, ¿será, como la ingeniería, una ciencia aplicada? Esto es lo que suele pensarse. El ingeniero aplica a la resolución de sus problemas técnicos los saberes científicos de la física y la química. El saber médico, ¿consistirá también en la recta aplicación de una serie de saberes científicos –anatomía, fisiología, farmacología, patología– al conocimiento y tratamiento de las enfermedades? De nuevo hay que decir: no. Entre otras cosas, porque la operación del médico sobre el enfermo comienza antes de que él aplique sus saberes, y porque su conocimiento de la enfermedad que padece la individual persona de su paciente no es y no puede ser conocimiento puro.

Cabe asimismo pensar que la medicina sea un saber técnico, una técnica, en el sentido que para los griegos tuvo la *tékhnê*, un saber hacer sabiendo racionalmente qué se hace y por qué se hace eso que se hace: la *tékhnê íatrikê* de los hipocráticos. Mas tampoco esta respuesta resulta admisible. Saber lo que debe hacerse y por qué debe hacerse eso que se hace, no caracteriza plenamente al saber médico; éste, en efecto, es un «saber haciendo» y un «hacer sabiendo», y precisamente en ello consiste la diferencia entre el sabedor de medicina y el médico en ejercicio, el sanador *in actu exercito*, para decirlo al modo escolástico.

El saber médico, en suma, no es un saber científico propiamente dicho, ni es una ciencia aplicada, ni una técnica, en el sentido originario de este término. Como dice W. Wieland, la medicina es «ciencia operativa». Es ciencia, en cuanto que la operación del médico –el acto médico– debe llevar dentro de sí algunos saberes puramente científicos. Es ciencia operativa, porque hasta cuando más puramente cognoscitivo parece ser el acto médico –cuando se realiza como «juicio diagnóstico»–, tal acto modifica en bien o en mal la realidad a que atañe, el estado del enfermo. Decir «Esto es un cristal de cloruro sódico» y «Este enfermo padece una estenosis mitral» son dos asertos cualitativa y lógicamente distintos entre sí, como también lo son, si tal es el caso, los respectivos errores en la formulación del uno y del otro.

Pues bien: si esto es el saber médico, ¿cuál será su estructura y qué lugar ocupará en él –si ocupa alguno– la antropología médica? Pongámonos ante la realidad misma. A la vista de un enfermo convenientemente diagnosticado, el médico «sabe» lo que ese enfermo «tiene», conoce médicamente su realidad en tanto que enfermo. No olvidando, desde luego, el esencial momento operativo del conocimiento médico, pero poniéndolo tácticamente entre paréntesis, ¿qué estructura posee ese «saber lo que tiene» un determinado enfermo?

2. Estructura del saber médico

A mi modo de ver, en dicha estructura hay que discernir tres momentos o niveles, el saber clínico, el saber patológico y el saber antropológico.

a. *El saber clínico*

Llamo *saber clínico* al conjunto de conocimientos relativos a la individual realidad del enfermo, en tanto que enfermo. Todos ellos son, pues, estrictamente empíricos, directamente procedentes de la exploración médica de tal realidad, aun cuando su recta utilización lleve consigo decisiones fundadas sobre conceptos no inmediatamente basados en la experiencia propia (por ejemplo, los que presiden la atribución de validez diagnóstica a ciertos datos exploratorios, la deliberada preterición de otros y la valoración clínica de los aceptados) y exija a veces la referencia de lo empírica e individualmente observado a construcciones doctrinales en alguna medida extraempíricas (por ejemplo, las especies morbosas en cuya conceptuación domina la ideología fisiopatológica o antropológica del nosógrafo).

Dos formas –o dos grados– puede adoptar el saber clínico. La más elemental es la *historia clínica* o *patografía*, la narración empírica y cronológica de los resultados de la exploración; con otras palabras, la expresión del conocimiento médico de una realidad individual, la del enfermo, descriptiva y mensurativamente expresado. La forma superior del saber clínico es el *juicio diagnóstico*, entendido como referencia del saber expresado en la historia clínica a un modo específico o genérico de enfermar (especie morbosa, género morboso), o concebido como parte del más complejo conocimiento del caso a que hoy se da el nombre de *juicio clínico (clinical judgement)* (1). Casi ocioso parece añadir que el saber clínico incluye saberes no estrictamente médicos y puramente científicos: morfológicos, fisiológicos, físicos, químicos, etc.

(1) Sobre el problema de la inclusión del «juicio diagnóstico» en el «juicio clínico», véase mi libro *El diagnóstico médico. Historia y teoría* (Barcelona, 1982), y lo que luego se dirá.

b. *El saber patológico*

Por encima del saber clínico se halla el *saber patológico* o conjunto de conocimientos médicos relativos a la enfermedad, específica o genéricamente considerada.

Dos formas o grados reviste asimismo el saber patológico, la patología especial y la patología general. Solemos dar el nombre de *patología especial* a la ordenación y descripción de los modos específicos de enfermar. Recibe también el nombre de *nosografía*, aunque este término sea más frecuentemente aplicado a la descripción de una especie morbosa bien determinada: nosografía del tifus exantemático o de la esclerosis en placas. Tres importantes problemas lleva dentro de sí la patología especial, prácticamente desconocidos por los tratadistas al uso: el de la verdadera realidad de la «especie morbosa»; consiguientemente, el de la denominación de cada una de ellas *(nosonomástica)*; por otro lado, el de su clasificación *(nosotaxia, taxonomía clínica)*. Necesariamente habrán de aparecer estos temas en páginas ulteriores.

Llamamos *patología general* al conocimiento científico de la enfermedad en cuanto tal, bien genéricamente, como accidente morboso de cualquier ser vivo, bien específicamente, como accidente morboso del ser vivo que principalmente importa al médico: el hombre. En tanto que enfermedades de un ser vivo y en tanto que enfermedades del ser humano, ¿qué tienen entre sí de común la estenosis mitral, la diabetes sacarina, la fiebre tifoidea, etc.? Tal es la interrogación a que básicamente debe responder la patología general.

Con el metódico desarrollo de la respuesta surge toda una serie de disciplinas médicas: una *nosología general* o teoría general de la enfermedad y su concreción en una *nosología humana;* una *etiología patológica general*, de la cual debe ser parte singular una *etiología de la enfermedad humana;* una *anatomía patológica general*, y con ella una *anatomía patológica humana;* una *fisiopatología general*, como marco de una *fisiopatología humana*, de la cual será parte integral la *psicopatología;* una *nosognóstica* o arte de conocer médicamente la enfermedad en general y la enfermedad humana en particular, con su correspondiente *semiología*.

c. *El saber antropológico*

Por debajo de la patología general del hombre, y como auténtico fundamento suyo, hállase, en fin, el *saber antropológico*. Veamos cómo.

¿Cuál debe ser el fundamento intelectual y científico de la patología general? La respuesta clásica o académica –entendiendo por tal la que se constituye en la segunda mitad del siglo XIX; en Francia, con Claudio Bernard; en Alemania, con Helmholtz, Du Bois Reymond, Brücke, Ludwig y Naunyn– dice así: las disciplinas básicas o fundamentales en la formación y en el saber del médico son la anatomía y la fisiología, y bajo ellas la física y la química. La física y la química constituirían, pues, el verdadero fundamento del saber médico. Res-

pecto de ellas, la medicina sería una ciencia natural aplicada al conocimiento y la curación de las enfermedades del hombre.

Tal concepción de la medicina debe ser severamente revisada. Por importante y decisiva que haya sido, sea y deba seguir siendo la aportación de la física y la química al saber médico, ¿puede acaso decirse, como si fuese una verdad obvia, que esas dos disciplinas son el *verdadero fundamento* de la medicina? El hombre, sujeto de la enfermedad humana y objeto del saber médico, ¿es acaso no más que un sistema biofísico y bioquímico especialmente complicado? A título de elemental ejemplo, pensemos en el tratamiento de la hiperclorhidria mediante el bicarbonato sódico. El estómago del hiperclorhídrico, ¿es tan sólo un recipiente que contiene un líquido con ciertos enzimas y un pH inferior al normal? ¿Podrá decirse esto sólo porque el bicarbonato sódico haga desaparecer rápidamente la acidez gástrica, si en aquel caso también acaba corrigiéndola definitivamente, bien que a la larga, el hecho de que la suegra del hiperclorhídrico deje de vivir en el domicilio de éste? Una fisiología exclusivamente basada en la física y la química, como la que Helmholtz, Brücke y Ludwig propugnaron, ¿puede acaso explicar el trivial hecho de que el buen humor ayuda a bien digerir, y el malo perturba la digestión? No: la física y la química no son, no pueden ser el verdadero fundamento científico del saber médico.

La respuesta correcta –real y científicamente correcta– a la interrogación precedente, debe decir así: el fundamento de la patología general es y debe ser un conocimiento del hombre que comprenda y unifique metódicamente lo que acerca de la realidad de éste nos digan tanto la anatomía y la fisiología tradicionales –y con ellas, por supuesto, la biofísica y la bioquímica–, como las disciplinas que integran las llamadas «ciencias humanas». Por tanto, una antropología médica, de la cual debe ser tácita base una antropología general.

Llamo *antropología médica* al estudio y conocimiento científico del hombre en cuanto sujeto que puede padecer enfermedad, en cuanto que de hecho la está padeciendo, en cuanto que puede ser técnicamente ayudado a librarse de ella, si la padece, y de llegar a padecerla, si está sano, y en cuanto que puede morir, y a veces muere, como consecuencia de haberla padecido. O bien, más concisamente: la antropología médica es *un conocimiento científico del hombre en tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal.* Ella y sólo ella es el verdadero fundamento del saber médico, aunque a veces no lo advierta el práctico de la medicina; fundamento cuyo cuerpo central –el único en que este libro ha de ocuparse– se diversifica en todo un abanico de disciplinas: morfología, fisiología, psicología, sociología, historia, ética, antropología cultural y estética *médicas.*

Ahora bien: el saber propio de la antropología médica tiene a su vez otro y más profundo fundamento, la *antropología general* o conocimiento científico y filosófico del hombre en cuanto tal. Apenas parece necesario indicar que la morfología, la fisiología, la psicología, la sociología, la historiología, la ética, la antropología cultural y la estética antropológicas, referidas a la vida hígida del hombre y centradas por una antropología filosófica, la que corresponda a la

realidad misma del ser humano y a las convicciones e ideas del autor, son partes integrales de aquélla (2).

Saber clínico, saber patológico, saber antropológico-médico. Apoyados en muy diversos saberes científicos no pertenecientes ya a la medicina *stricto sensu*, desde la física, la química y la morfología biológica hasta la sociología, la etnología y la ética, tales son los niveles esenciales de aquello que en la medicina es saber. Hace años tuvo cierta resonancia entre médicos y profanos este aforismo de Letamendi: «El que no sabe más que medicina, ni aun medicina sabe». Aunque con menor agudeza expresiva, por este otro habría que sustituirlo: «Saber seriamente medicina exige conocer, siquiera sea de modo sumario, todas las implicaciones reales e intelectuales de ella».

II. ESTRUCTURA DE LA ANTROPOLOGIA MEDICA

La definición de la antropología médica antes propuesta nos plantea de modo inmediato el problema de su estructura. Por tanto, la interrogación siguiente: ¿cómo debe ser racionalmente ordenado el conocimiento científico del hombre en tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal? Pienso que la respuesta ha de ser dada desde dos distintos puntos de vista, el temático y el respectivo.

1. Estructura temática de la antropología médica

Desde el punto de vista de su objeto propio –de su tema–, cinco deben ser los capítulos principales de la antropología médica:

a. *La realidad del hombre*

O, con precisión mayor, un conocimiento científico de la realidad del hombre mediante el cual pueda ser satisfactoriamente resuelta la cuestión siguiente: ¿cómo ha de estar constituida tal realidad para que en ella sean posibles la salud, la enfermedad, la curación y la muerte, y para que cada uno de tales estados y eventos tenga los caracteres que en el hombre tiene?

b. *La salud humana*

Es decir, un conocimiento científico de aquello en que humanamente consiste el estar sano. Y puesto que la salud, por muy pesimista que sea la concep-

(2) La antropología filosófica más rigurosa y más adecuada al saber científico actual es, a mi juicio, la de Xavier Zubiri. En el momento de redactar esta nota se anuncia la publicación de un volumen que reunirá todos los estudios antropológicos del gran filósofo. En tanto llega, el lector encontrará una autorizada exposición parcial de la antropología zubiriana en I. Ellacuría, "Introducción crítica a la Antropología filosófica de Xavier Zubiri", *Realitas* II (Madrid, 1976), 49-139.

ción de ella, es en la existencia humana uno de sus hábitos más habituales, si vale tal redundancia, nuestra meta será el conocimiento antropológico de ese hábito en tanto que susceptible de pérdida, conservación y mejora.

c. *La enfermedad humana*

Esto es, un conocimiento científico del hombre en tanto que enfermo; una antropología de la afección morbosa como accidente surgido en el curso de la vida del hombre y como hábito vital –es decir: como modo de vivir más o menos dilatado en el tiempo– susceptible de curación o de alivio y capaz de producir la muerte.

d. *El acto médico*

El estudio del hombre enfermo, en tanto que técnicamente tratado por el médico; por tanto, la búsqueda y la formulación de una antropología de la curación espontánea y de la actividad cognoscitivo-operativa del médico ante el paciente.

e. *Los horizontes de la actividad del médico*

El médico no lo es tan sólo cuando como tal médico diagnostica, trata y previene la enfermedad; lo es también cuando su actividad le pone médicamente en contacto con las penultimidades o las ultimidades de la existencia humana. Tres son éstas en la actualidad: la curación del enfermo como reinstalación en el mundo de los sanos; la muerte del enfermo; la mejora de la naturaleza humana, esa que como inmediata posibilidad ponen ante los ojos del hombre la ciencia y la técnica actuales.

2. Estructura respectiva de la antropología médica

En el conocimiento de una realidad cuenta ante todo lo que ella en sí misma es, el tema de ese conocimiento; mas también importa el punto de vista o respecto con qué se la conoce; es decir, la actitud y la orientación de la mente que trata de conocerla.

He aquí un cubo de sal común. ¿Cómo llegaré a conocerlo científicamente? Según respectos muy diversos: el cristalográfico, el físico, el químico, el alimentario, el económico-social. Todos ellos son, por supuesto, más o menos unitariamente integrables; pero todos ellos son también distintos entre sí, y así lo mostrarán las descripciones que de la sal común hagan el cristalógrafo «puro», el físico «puro», el químico «puro», etc. Y hasta, por añadidura, son posibles puntos de vista no estrictamente científicos, como el histórico (historia de los usos de la sal común) y el simbólico (simbología de ella).

Basta tan sencilla reflexión para advertir que además de su estructura temática, bien que en estrecha relación con ella, toda ciencia tiene una estructura respectiva, es decir, dependiente del punto de vista (Ortega: teoría del punto de vista) o del respecto (Zubiri: expresión gnoseológica de la doctrina de la respectividad) según el cual es considerada la parcela de la realidad que se estudia; y para descubrir a continuación que, más o menos coincidentes entre sí, hay dos órdenes de respectos, unos determinados por el tema mismo, más aún cuando la realidad estudiada es tan compleja y multiforme como la humana, y procedentes otros de la mentalidad del estudioso. La estructura de la antropología médica, ¿será la misma cuando se la quiere hacer formal y materialmente marxista y cuando se la concibe de un modo formal y materialmente cristiano?

Pues bien: sin perjuicio de aludir, llegado el caso, a los respectos dependientes de la mentalidad del estudioso, pero dejando en suspenso tal problema, ¿cuál debe ser, tal como yo la veo, la estructura respectiva de la antropología médica, cuáles son, discernidos por mi propia mentalidad y por la intención preponderantemente descriptiva de este libro, los principales puntos de vista que la realidad del hombre ofrece o impone a quien de manera comprensiva y metódica quiere estudiarla? Tres veo:

a. *El hombre como persona individual*

En la consideración científica de la realidad humana, la condición de persona individual del hombre es a la vez lo más inmediato y lo más radical.

Es en primer término lo más inmediato: aquello con que más directa e inmediatamente me encuentro cuando percibo la realidad de un hombre. Si se trata de otro hombre, tengo ante mí un organismo perfectamente bien delimitado en el espacio, que actúa en el mundo para hacer su vida; la persona de Fulano de Tal o de Zutano de Cual, en un lenguaje a la vez cotidiano y filosófico. Y si se trata del hombre que soy yo, de mí mismo, percibo en mí una intimidad, la de mi propia e individual persona, en la cual y desde la cual yo hago lo que es más mío en mi vida; esa dimensión de mi realidad que, como ha hecho notar Zubiri, sirve de unitario y fundamental término de referencia a los pronombres «yo» («Yo estoy hablando»), «mí» («A mí me duele la cabeza») y «me» («Me gusta Suiza»).

Es por otra parte lo más radical. Cuando se trata de otro hombre, de un hombre que tengo ante mí, mi conocimiento de su realidad tiene como meta la adecuada ordenación de todos mis saberes objetivos acerca de él –su estatura, su modo de andar, el modo y el contenido de su habla, las variaciones de su glucemia, etc.– y en torno a la intimidad de su persona, tal y como yo puedo conjeturarla. Y si se trata de mí mismo, del hombre que yo soy, mi propia intimidad, lo más radical en mí, es mi punto de partida para entender y ordenar cuanto en mi vida hago y percibo.

Todo lo cual nos hace ver que el primero de los temas que deben integrar la antropología médica es el estudio del hombre en tanto que sujeto sano, en-

fermable, enfermo, sanable y mortal, desde el punto de vista de su condición de persona individual.

b. *El hombre como persona social*

La persona individual es, sí, una realidad, pero también una abstracción. El hombre, en efecto, existe y tiene que existir coexistiendo con las realidades que integran su mundo, y muy en primer término los demás hombres. La existencia humana es constitutivamente coexistencia, nos han enseñado una y mil veces los analistas de ella; constitutivamente, porque no puede no serlo. Sin mengua de su radical y primaria condición de persona individual, al contrario, para realizarse conforme a lo que como tal persona es, el hombre, quiéralo o no lo quiera, y hasta cuando se aísla para estar solo, tiene que vivir en y con un grupo humano, familia, grupo profesional, clase, país, etc.; en definitiva, con la humanidad entera. *Zôon politikón,* animal social y civil, llamaron los antiguos al hombre.

Por consiguiente, el segundo de los grandes temas respectivos de la antropología médica debe ser el estudio del hombre en tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal, desde el punto de vista de su condición de persona social. En ese estudio tendrá su fundamento antropológico la sociología médica.

c. *El hombre como persona histórica*

Además de vivir en una y con una sociedad, el hombre, quiéralo o no, adviértalo o no, vive en la historia, vive la historia y en cierto modo es historia (Conde Yorck von Wartenburg, Dilthey, Ortega), porque históricamente se actualiza su realidad, y la historia da contenido y forma a su ser. La situación histórica a que el hombre pertenece –Manhattan en el siglo XX, Grecia de Pericles, Florencia de Lorenzo el Magnífico, Bagdad del siglo XI, selva amazónica– modula su realidad e imprime carácter a todas las expresiones de su vida.

Lo cual quiere decir que el tercero de los principales temas respectivos de la antropología médica debe ser el estudio del hombre en tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal, desde el punto de vista de su condición de persona histórica. No otro habrá de ser el fundamento de la antropología cultural médica.

d. *Otros respectos*

Los restantes respectos de la realidad humana –el hombre como sujeto de consideración ética o como ejecutor de actos estéticos– pueden ser estudiados, aun cuando tengan su entidad propia, bajo cada una de las tres grandes rúbricas antes apuntadas. El hombre es constitutivamente persona ética, desde luego, y por tanto cabe elaborar una doctrina de su eticidad subyacente a todas las situaciones sociales e históricas en que esta esencial condición suya se ma-

nifieste. Pero el estudio de los aspectos éticos de la antropología médica es preferible hacerlo, creo, en tanto que momentos de la actividad individual, social e histórica de la persona. Siquiera sea en forma de alusión, así aparecerán en algunas de las páginas subsiguientes.

Debo, por otra parte, subrayar con toda explicitud que el discernimiento de esos tres principales puntos de vista en la descripción y la intelección de la realidad humana no debe hacernos perder de vista la radical unidad de ella, ni ocultarnos la esencial coimplicación de los tres en cada uno de sus actos. Siendo persona individual se es a la vez persona social y persona histórica, y persona individual y social siendo persona histórica, y persona individual e histórica siendo persona social. Lo cual, naturalmente, no excluye que en mí prepondere la individualidad cuando mi enfermedad me deprime o me desespera y mi socialidad cuando he llegado a padecerla por haber consumido alimentos en malas condiciones, o porque me corrompa la vida mi relación con el grupo social a que pertenezco, y mi historicidad cuando mi condición de español del siglo XX haya tenido parte considerable en la determinación de ella o en mi modo de reaccionar al hecho de sufrirla (3).

Advertido lo cual, podemos pasar ya al estudio sucesivo de cada uno de los temas que en la estructura de la antropología médica anteriormente hemos discernido: la realidad del hombre, la antropología de la salud, la antropología de la enfermedad, la antropología del acto médico y los horizontes de la actividad del médico. Temas que por imperativo de la proporción interna del presente libro serán ordenados en tres epígrafes: I. La realidad del hombre. II. Salud y enfermedad. III. El acto médico y sus horizontes.

(3) Desde el punto de vista de la metafísica de X. Zubiri, la estructura de la Antropología médica ha sido muy bien estudiada por D. Gracia Guillén en «La estructura de la Antropología médica». *Realitas* I (Madrid, 1974), 283-399.

PARTE I

LA REALIDAD DEL HOMBRE

¿Qué es en sí mismo este peculiar modo de la realidad del cosmos, conocedor, ordenador y aspirante a colonizador de todo él, astros y nubes, mar y tierra, animales y plantas, que llamamos «hombre»? En tanto que bien caracterizada especie del género *zôon*, «animal», y en tanto que persona individual a la que llamo «yo», «tú», o «él», ¿qué es el hombre? Vieja, viejísima interrogación, implícita o explícitamente vivida y expresada por todas las culturas.

Tomadas al azar, he aquí unas cuantas respuestas: servidor y juguete de los dioses (sabiduría asirio-babilonia), criatura viviente hecha a imagen y semejanza de Dios (sabiduría judeo-cristiana) y redimida por El (cristianismo); *microcosmos, universo en miniatura* (*sabiduría indoeuropea*); *bípedo implume* (burlesca fórmula de Platón); animal dotado de *lógos*, por tanto de habla y razón (Aristóteles); animal bipedestante, y por ello capaz de acciones técnicas (Galeno); *animal rationale* (versión medieval de la definición aristotélica); ente cuya realidad es a la vez *opus Dei*, obra de Dios, *opus alterum per alterum*, alguien que se realiza con los otros y por los otros, y *opus cum creatura*, cuerpo viviente en conexión dinámica con todo el cosmos (Hildegarda de Bingen); microcosmos sacral, dinámico y alquímico (Paracelso); suma unitaria de una cosa extensa y una cosa pensante (Descartes); pequeño Dios (Leibniz); organismo regido por un *principio vital* y un *alma espiritual* (*vitalismo dieciochesco*); *ente* a un tiempo físico, en cuanto que fenómeno, y moral, en cuanto que número (Kant); parte individual-personal de la humanidad, entendida ésta como *Gott im Werden* o «Dios deviniente» (Hegel); máquina especialmente complicada (LaMettrie y el materialismo de los siglos XVIII y XIX); término evolutivo de un *phylum* antropoide (Huxley y Haeckel); *homo sapiens* y *homo faber* (zoólogos y antropólogos de los siglos XVIII y XIX); animal que puede prometer y capaz de superarse a sí mismo (Nietzsche); animal que puede decir «no» a la satisfacción del instinto, asceta de la vida (Scheler); animal capaz de expresión y comunicación *simbólicas* (Cassirer); *animal al que hace enfermo el espíritu* (Klages); *animal* hacedor de su ser y capaz de ensimismamiento (Ortega); pastor del ser (Hei-

degger); pasión inútil (Sartre); sustantividad de propiedad, esencia abierta y animal de realidades (Zubiri).

Tantas y tantas más. Prescindiendo de las letras de todas, pero tratando de recoger el espíritu de las que a nuestro propósito convengan, intentaré ofrecer, más que una definición o una filosofía del hombre, una descripción analítica y comprensiva de su realidad propia. Creo, sin embargo, que no debo entrar en ella sin una breve apostilla acerca del problema que hoy plantea la conceptuación del hombre y sin una reflexión sumaria sobre el método con que en mi descripción voy a proceder.

En la actualidad, ¿es lícito considerar al hombre como hasta nuestro siglo era costumbre, esto es, como una especie natural caracterizada por ciertos rasgos esenciales, y por tanto perfectamente discernibles y temporalmente inmutables? Desde dos puntos de vista, el biológico y el histórico, ha sido controvertido ese punto de vista.

A partir de Huxley y Haeckel –dejemos de lado la cautelosa actitud de Darwin en *The descent of man*– son muchos los biólogos y paleontólogos para los cuales es continuo y lineal, por tanto homogéneo, el tránsito evolutivo desde los antropoides prehomínidos hasta las especies que inequívocamente pertenecen al género *Homo*. Aunque a través de saltos mutacionales, sólo muy gradualmente se habría producido la conversión de los antropoides con hábitat arbóreo, por tanto braquiadores, en los que, cada vez más habitualmente apoyados sobre el suelo, poco a poco se hicieron bipedestantes, dispusieron de una mano exenta y capaz de operaciones técnicas, entre ellas la producción de fuego y la talla utilitaria de guijarros, fueron desarrollando su cerebro, especialmente sus lóbulos frontales, iniciaron un modo de comunicación intraespecífica al que ya conviene el nombre de lenguaje, transmitieron de generación en generación sus hallazgos y enterraron ritualmente a sus muertos. En esta paulatina y lenta transición de la vida antropoide a la vida humana –varios millones de años–, ¿dónde termina aquélla y dónde comienza ésta? ¿Cuáles son las actividades a las que elemental y específicamente podemos considerar humanas? ¿En qué consiste, pues, la «naturaleza humana»? Y si la evolución biológica continúa sobre el planeta, ¿en qué se transformará al cabo de unos miles de años el actual *Homo sapiens sapiens*?

A partir, sobre todo, de Dilthey, la efectiva realidad de una «naturaleza humana» esencial e inmutable ha sido también discutida desde la historia. La constitutiva historicidad del hombre condiciona o prohíbe considerar al género *Homo* con arreglo a una definición canónica de sus caracteres esenciales. El historicismo de Dilthey no se plantea el problema de las formas originarias de la condición humana y todavía sigue fiel a la distinción tradicional entre naturaleza e historia: «La naturaleza del hombre –escribe el gran filósofo de la vida– es siempre la misma; pero lo que de posibilidades de existencia haya contenido en ella, nos lo trae a luz la historia»; y su sagaz correspondiente el conde Yorck von Wartenburg equipara ontológicamente ambos términos: «Soy historia tanto como sea naturaleza», afirma. Más radical que Dilthey es Ortega: «El hombre no tiene naturaleza, sino que tiene... historia», escribió en *Historia*

como sistema. Y lo mismo sostendrá diez años más tarde, en las *Rencontres* de Ginebra: «El hombre no tiene naturaleza... En vez de naturaleza tiene historia, que es lo que no tiene ninguna otra criatura... En ello estriba su miseria y su esplendor. Al no estar adscrito a una consistencia fija e inmutable –a una «naturaleza»–, está en franquicia para ser, por lo menos para intentar ser lo que quiera. Por eso el hombre es libre... El hombre es libre... a la fuerza».

Movidos a la vez por lo que fue la *génesis* de la humanidad y por la radical historicidad de ésta, ¿habremos de renunciar para siempre a la idea de una «naturaleza humana», y en definitiva a saber de manera precisa en qué consiste la «hominidad»? No lo pienso. Pienso más bien que ya en la vida y en la actividad de los primeros representantes del género *Homo* había modos específicos de comportamiento –libertad de opción y de creación, modificación racional y por consiguiente técnica del contorno inmediato, transmisión perfectiva o defectiva, por tanto histórica, de los hallazgos en ella obtenidos, modo del lenguaje a ella correspondiente– cuyo originario núcleo real se mantiene en los sofisticados comportamientos de los hombres que hoy levantan rascacielos, pisan el suelo de la Luna y discuten sobre los agujeros negros del cosmos. ¿En qué consiste y cómo perdura en ellos ese radical y originario núcleo humano?

Nos lo mostraría, creo, un cuidadoso análisis fenomenológico de la conducta del *Homo habilis*, otro de la conducta del hombre actual y una metódica comparación entre ambas. ¿Y qué pasó en el organismo y en la psique de los prehomínidos para que gradualmente se produjese la mínima, pero decisiva mudanza en su apariencia y su conducta que les convirtió en peludos y rudimentarios, pero verdaderos *homines*? Pienso que, en relación con este problema, la ciencia, la filosofía y la teología, cada una a su manera, están condenadas a no pasar de la hipótesis y la discusión (1).

Esto supuesto, advertiré que en el curso de todo este libro sólo será considerado el aspecto *lato sensu* actual de la realidad del hombre, y expondré con brevedad lo que para estudiarlo metódicamente me propongo hacer.

Puedo y debo, por una parte, estudiar objetivamente –quiero decir, considerándola como objeto de conocimiento científico-positivo– la realidad de los hombres que ante mí tengo. El hombre es en tal caso un organismo viviente, bipedestante y locuente, sujeto activo de una conducta individual, social e histórica específica e individualmente propia: un objeto individual *sui generis* y *suae speciei* que puede ser considerado filosóficamente (así ha procedido, desde Aristóteles, la antropología filosófica tradicional) o científicamente explora-

(1) No porque resuelva *definitivamente* el problema, sino porque a mi juicio lo plantea en los términos que hoy coincidentemente exigen la paleontología, la biología humana y la fenomenología del comportamiento del hombre, y porque desde ellas propone una convincente solución filosófica y teológica, quiero mencionar aquí la concepción zubiriana de la antropogénesis, parcialmente expuesta por el propio Zubiri en su ensayo «El origen del hombre», *Revista de Occidente*, 2.ª época, núm. 17, págs. 146-173, y sinópticamente presentada, dentro del conjunto del pensamiento antropológico del filósofo, en el estudio de I. Ellacuría antes mencionado. La concepción zubiriana de la ontogénesis del psicoorganismo humano a partir de su «plasma germinal», no entendido éste a la manera de Weissmann, sino como sistema unitariamente orgánico y psíquico, puede leerse en otro estudio de I. Ellacuría, «Biología e inteligencia», *Realitas* II (Madrid, 1976), 49-137.

do mediante los métodos y los conceptos propios de la ciencia natural (anatomía, fisiología, psicología experimental, sociología tradicional, etnología, etología). No será necesario ponderar la inmensa copia y el enorme valor de los saberes por esta vía conseguidos.

Puedo y debo, por otro lado, recurrir a mi experiencia de lo que soy y hacer de ella punto de partida de mi pesquisa. Hombre es ahora el sujeto de lo que yo soy y de lo que yo hago –por tanto, yo–, y, por extensión analógica o comprensiva de mi propia experiencia, el sujeto de cada uno de los otros hombres, en tanto que otros como yo y otros que yo. Es la vía introspectiva e intimista para el conocimiento de la realidad humana; vía que arranca de San Agustín –recuérdense varios de sus textos famosos: «Ningún hombre sabe lo del hombre, sólo sabe del hombre que es en él», «En el hombre interior habita la verdad», «Me hice cuestión de mí mismo»–, y que tras vicisitudes diversas, una de ellas la mística especulativa, se manifestará en el siglo XIX y en los albores del nuestro tanto en la filosofía (Maine de Biran, Kierkegaard, Dilthey, Unamuno) como en la literatura (Leopardi, Sénancour, Baudelaire, Dostoievski, de nuevo Unamuno), y cobrará luego cuerpo en la psicología llamada introspectiva y en el pensamiento filosófico (Husserl, Scheler, Ortega, Heidegger, Sartre y Merleau-Ponty, para nombrar sólo filósofos difuntos). «Pidiendo un hombre desde dentro», podríamos decir, sobre la pauta de un conocido título orteguiano, si quisiéramos dar un mote a ese sutil empeño.

Varias cosas hay que decir de ambos puntos de vista y de ambos métodos.

La primera, que esos dos puntos de vista y esos dos métodos no se excluyen entre sí; que los dos son y no pueden no ser complementarios, porque la apelación consecuente a uno de ellos necesariamente remite al otro, implica al otro. El estudio de un hombre como objeto físico –como realidad viviente que está ante mí– acabará conduciéndome al problema de entender satisfactoriamente su conducta; y llegada mi mente a este trance, ¿podré cumplir mi propósito sin trasponer a la observación y la intelección de los otros –del «objeto humano»– algo procedente de la experiencia y la intelección de mí mismo? No lo creo. Todo lo fecundo que se quiera, el conductismo clásico o watsoniano es a la vez un reduccionismo gnoseológico y, en el empeño de dar razón suficiente de la realidad del hombre, un callejón sin salida. Por su parte, la más depurada experiencia fenomenológica de mí mismo –si no quiero sumergirme en un solipsismo doctrinario– me obligará a tener en cuenta mi experiencia del otro en tanto que otro, y por tanto del otro como objeto. Así lo veremos al estudiar el problema del cuerpo propio.

La segunda, que el método objetivo y el método fenomenológico sólo pueden darnos un conocimiento del hombre en cuanto hombre mediante un previo aprendizaje social, cuyo punto de partida es el contacto con el mundo durante la primera infancia; esto es, la experiencia infantil en cuya virtud aprendo a llamar «hombre» al organismo bipedestante y locuente que tengo ante mí y de mí se cuida, y a pensar y decir «yo soy hombre», esto es, a pasar de la noción o prenoción de «mi yo», confusa todavía en el niño, a la noción de «mi condición humana». Metafísicamente primarias, la conciencia de mi existencia como

«existencia de un hombre» y la conciencia de mi coexistencia como apertura consciente a la realidad de «los otros hombres», necesitan ser aprendidas, y de hecho lo son en los años infantiles.

Teniendo todo esto en cuenta, nuestro método –en mi opinión, el método propio de la *antropología científica*, y por tanto de la *antropología médica*– intentará ser la combinación metódica de los dos, partiendo, por supuesto, del que he llamado objetivo y ha dado origen a la anatomía, la fisiología y la patología tradicionales o canónicas: un «conductismo a la vez explicativo y comprensivo», en el sentido técnico de estos dos términos (2). Tal conductismo se propone conocer, pues, al hombre que tengo ante mí, mas no sólo como objeto, también, y al mismo tiempo, como persona individual, social e histórica; esto es: como individuo corpóreo, viviente y personal, dotado de tal figura y tal estructura, que ante mí hace una vida a un tiempo susceptible de observación y *experimentación objetivantes* y de *observación* y *penetración comprensivas*.

De este modo visto y entendido, ¿qué es el hombre? En tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal, ¿cuáles son la estructura y la dinámica de su realidad? Por otra parte, ¿cómo esa estructura y esa dinámica se actualizan en los dos principales campos de acción y pasión que descriptivamente cabe discernir en la unitaria realidad de la persona humana, el cuerpo y la intimidad? Y en fin: ¿cuáles son las principales determinaciones típicas que su condición a la vez psicoorgánica, social e histórica impone a la persona humana? Darán sucinta respuesta a estas interrogaciones los cinco capítulos subsiguientes: I. La realidad humana: estructura. II. La realidad humana: dinámica. III. El cuerpo humano. IV. La intimidad del hombre. V. Las determinaciones tipificadas de la realidad humana.

(2) Tal vez no sea inoportuno advertir desde ahora que, en este sentido técnico, «explicación» es el conocimiento de una cosa cualquiera mediante la respuesta a preguntas «por qué», y en consecuencia indagando la causación eficiente de lo que se estudia (así proceden la física, la química, la biología y la psicología experimental wundtiana); y «comprensión», el conocimiento de un hombre o de una obra humana mediante la respuesta a preguntas «para qué», y por consiguiente inquiriendo la causa final y el sentido propio de la acción estudiada (así procede la psicología comprensiva y hermenéutica).

CAPITULO 1

La realidad humana: estructura

He aquí un hombre cualquiera, un zulú o un profesor de Oxford. Como punto de partida en mi empresa de conocerle científicamente, y cualquiera que sea mi orientación filosófica, ¿qué puedo decir de él?

Por lo pronto, que es una realidad corpórea y automoviente; que le veo y puedo tocarle, que no es un fantasma invisible, y que su figura, aunque a veces repose transitoriamente, sin cesar está pasando de un estado a otro: en todo momento va cambiando –moviéndose– desde el nacimiento hasta la muerte; y durante ese inexorable tránsito, constantemente va realizando acciones lineales (ir a oír o a dar una lección, viajar hacia tal o cual lugar, leer un libro, asistir a un enfermo, etc.) y ejecutando actividades cíclicas (pasar de la vigilia al sueño y del sueño a la vigilia, del trabajo al descanso y del descanso al trabajo, de la ingestión a la digestión, y tras ella a una nueva ingestión, del silencio a la palabra y de la palabra al silencio, de la excitación al sosiego y del sosiego a la excitación, etc.).

A lo largo de líneas rectas, meandros o ciclos, reposante o activo, lento o apresurado, el hombre se me presenta como una realidad corpórea siempre en camino, siempre itinerante. *Homo viator*, llaman los teólogos al hombre sobre la tierra. *Iter est vita hominis*, cabría decir, modificando levemente una conocida sentencia bíblica. En tanto que objeto ante mí, el hombre es ante todo *ens itinerans*, ente itinerante, y lo es teniendo que elegir de cuando en cuando la meta y el camino de su progresión.

Tomemos en serio esta esencial condición suya y hagamos de ella punto de partida de nuestra descripción. Más aún: para subrayar este carácter itinerante de la realidad humana, consideremos metafóricamente el conjunto que forman un automóvil y su conductor como concreta realización suya, y apliquémonos a describir con cierto método la estructura que posee ese conjunto, cuando es conducido hacia una meta determinada. Mas para ello parece necesario indicar con cierta precisión cómo en lo sucesivo va a ser entendido el término «estructura».

I. LA NOCION DE ESTRUCTURA

En su sentido fuerte, y de acuerdo con la significación arquitectural de su etimología, la palabra «estructura» es habitualmente usada para designar la ordenada composición interna, por tanto espacial, de un cuerpo material sólido: estructura arquitectónica de un edificio, estructura cristalográfica de un cubo de sal común, estructura bioquímica de la membrana celular, estructura microscópica de la célula entera, estructura anatómica del sistema nervioso o del aparato circulatorio. Por legítima e ineludible extensión, el término «estructura» se aplica también a la designación del orden con que acontecen los procesos materiales, con lo cual se le añade una dimensión temporea: estructura del ciclo bioquímico de Krebs o del proceso de la contracción muscular. Y por ulterior y no menos ineludible extensión, se hablará asimismo de la estructura de los estados y actividades de la vida psíquica, como el contenido de la conciencia, el pensamiento obsesivo o los procesos mnémicos, de los modos de la relación entre los hombres, como la sociedad y sus distintos grupos y ordenaciones, y de las diversas creaciones humanas, como el pensamiento filosófico y la obra de arte. Es obligado recordar, hablando de la estructura de la relación social –mejor: histórico-social–, los conceptos de «supraestructura» e «infraestructura» que con tanta fecundidad ha creado y difundido el pensamiento de Carlos Marx. Y viniendo hasta el pensamiento científico y filosófico de nuestros días, la varia elaboración que del concepto de estructura han ofrecido la psicología de Dilthey (la estructura, en el caso de la realidad humana, como «conexión de sentido»), el pensamiento de Ortega (la estructura según la fórmula definitoria «elementos + orden»), la *Gestaltpsychologie* o «psicología de la figura» (Wertheimer, Köhler, Koffka: en las «figuras» psicológicas, el todo es más que la suma de las partes), la filosofía de Whitehead, el estructuralismo etnológico de Lévy-Strauss, con su amplia proyección a la lingüística y a la teoría de la obra literaria, y el sistema metafísico de Zubiri, en el que tan central papel desempeña ese concepto (1).

Esta ampliación de la semántica del término permite descubrir en ella dos momentos íntimamente conexos entre sí, pero de distinto relieve en cada uno de los sistemas reales a que pertenecen: la solidaridad y el dinamismo. Por el mero hecho de existir, la estructura supone la mutua solidaridad de los elementos que se ordenan en el sistema de que son parte. Sin la solidaridad espacial existente entre los átomos de cloro y de sodio –en el caso del cristal de sal común, una determinada cohesión electromagnética, cúbicamente ordenada–, no tendría su forma propia ese cristal; sin cierta solidaridad temporal entre las distintas etapas bioquímicas del ciclo de Krebs, este proceso cíclico no se produciría. Ahora bien, la solidaridad espacial, la cohesión, es en definitiva la forma más simple del dinamismo: cierta «acción» duradera tienen que ejercitar uno sobre otro el átomo de cloro y el átomo de sodio para que a lo largo del

(1) Sobre la concepción zubiriana de la estructura, véase I. Ellacuría, «La idea de estructura en la filosofía de Zubiri», *Realitas* I (Madrid, 1974), 71-141, y lo que luego se dice.

tiempo se mantenga invariable el sistema cristalino por ellos formado. Y el dinamismo, por su parte, no sería posible si no existiera cierta solidaridad, ahora espacio-temporal, en el originario sentido de las *formae fluentes* de Nicolás de Oresme, entre los elementos integrantes del proceso en cuestión.

Según estos principios debe ser hoy resuelto, o al menos abordado, el viejo problema biológico de la relación entre la estructura y la función. La estructura es cronológica y realmente anterior a la función, la peculiaridad de la forma determina la índole de la actividad, afirmaron los fisiólogos vesalianos, como Fabrizi d'Aquapendente, y los biólogos fixistas, como Vallisnieri y Bonet; la función –más precisamente: la fuerza que mueve y configura– es cronológica y realmente anterior a la estructura y la forma, responderán más tarde, cada uno a su manera, los biólogos románticos, Lamarck y los morfólogos darwinistas. Orientados por el principio de complementariedad de Bohr –que él mismo propuso extender analógica y tentativamente a dominios de la realidad cósmica más complejos que el constituido por las partículas elementales–, hoy tendemos a pensar que la forma y la función, más radicalmente, la estructura y el dinamismo, son dos aspectos complementarios de la realidad material, y que sólo del punto de vista del observador y del método con que la realidad es observada depende que sea mayor, acaso exclusiva, la efectiva patencia del uno (forma, estructura) o la del otro (dinamismo, función). El enigma no queda resuelto, acaso siga existiendo siempre, pero ha sido deshecho un mal camino para acercarse a él (2).

A esta radical conexión unitaria entre la estructura y el dinamismo, perceptible cuando de la apariencia nos decidimos a pasar al fondo de la realidad, es preciso agregar ahora la que existe entre los procesos orgánicos y los procesos psíquicos. En la realidad del hombre, todo lo orgánico transcurre psíquicamente, y todo lo psíquico transcurre orgánicamente, ha escrito una y otra vez Zubiri: y así es, aun cuando el transcurso psíquico de lo orgánico sólo nos sea perceptible como no discernido ingrediente sensitivo de una vaga cenestesia, y aunque en tantos casos todavía no conozcamos con precisión suficiente el transcurso orgánico –neurofisiológico, neuroendocrinológico, metabólico– de lo que hacemos o vivimos psíquicamente; lo cual, por supuesto, no tiene por qué impedirnos seguir llamando «psíquicos» a los movimientos de la psique, sea cualquiera el modo de entenderla, y «orgánicos» a los procesos del cuerpo. El punto de vista del observador y el método por él empleado decidirán que su saber y su lenguaje se inclinen en un sentido o en otro.

Todo ello pide la formulación de varias advertencias preliminares al estudio de la estructura propia de la realidad humana:

1.ª En cuanto que pertenecientes a una totalidad unitariamente configurada y ejecutora de actividades también unitarias, entre ellas la básica de vivir

(2) Un fundamental paso filosófico hacia la concepción unitaria de la estructura y el dinamismo ha sido dado por la metafísica de Zubiri, a partir de su primera exposición formal en *Sobre la esencia*. Véase lo que sobre el tema se dice en las páginas subsiguientes.

como persona individual, los elementos estructurales de la realidad humana –elementos, respecto del conjunto de la estructura; en sí mismos pueden tener y tienen de ordinario una composición muy compleja– forman un sistema, integrado a su vez por varios subsistemas. El sistema básico es el constituido por la unidad psicoorgánica de cada persona; sistema compuesto por los dos subsistemas primarios, el orgánico (organismo) y el psíquico (psique), metódicamente discernibles entre sí, sin mengua de la unidad real que constituyen, y conjuntamente realizados en los subsistemas secundarios o unidades operativas que a continuación estudiaremos. Que por comodidad de la expresión éstos sean llamados simplemente «sistemas», no supone desconocimiento u olvido de su constitutiva subordinación a dicho sistema básico.

2.ª El principio de la solidaridad espacial y dinámica de los elementos integrantes de cada uno de estos sistemas y el hecho de la radical unidad de lo orgánico y lo psíquico, obligan a dos cosas: a unir en su descripción elementos de carácter orgánico (quiero decir: habitualmente considerados como orgánicos) y elementos de carácter psíquico (quiero decir: habitualmente considerados como psíquicos), y a pensar que, no obstante tal discernimiento, todos ellos son unitariamente orgánicos y psíquicos en su constitución real y preponderantemente orgánicos o preponderantemente psíquicos en la efectiva cualidad de su operación. La digestión, por ejemplo, es elemento preponderantemente orgánico de uno de los sistemas sustentativos de la realidad humana; al paso que la elección de la dieta es, respecto de la actividad de tal sistema, un elemento preponderantemente psíquico, tanto porque el acto electivo comporta la ejecución de procesos neurofisiológicos, como porque la percepción consciente de ese acto influye de algún modo sobre la acción de digerir. Apenas parece necesario advertir que el psiquismo de que aquí se habla es a la vez consciente y subconsciente. Nadie puede incurrir ya en la ingenuidad de identificar los términos «psiquismo» y «conciencia», en lo tocante a la actividad psíquica del hombre.

3.ª La metódica separación de los dos capítulos principales de esta primera parte del libro, consagrado uno a la estructura de la realidad humana y otro a su dinámica, no excluye ni desconoce la unidad real de ambas; lo cual se hará patente en la aparición de aspectos dinámicos de dicha realidad en el capítulo dedicado a su estructura y de aspectos estructurales en el consagrado a su dinámica. Más aún: como nos han enseñado los recreadores de la anatomía funcional –porque lo que Braus y Benninghof hacen, acaso sin saberlo, es recrear el funcionalismo de Galeno conforme al saber anatómico y el pensamiento morfológico del siglo XX–, los sistemas estructurales de la morfología son ordinariamente discernidos, nombrados y descritos desde el punto de vista de su dinámica (3).

(3) Visible ya en *Naturaleza, Historia Dios*, (1944), el concepto zubiriano de «estructura» fue ampliamente elaborado por el filósofo en *Sobre la esencia* (1962). Tanto por esto como por la estrecha relación entre lo que ahora digo y el pensamiento de Zubiri, creo conveniente exponer de modo sumario la parte de ese pensamiento que más directamente atañe a la estructura de la realidad humana. Con la sencillez y la concisión máximas, he aquí lo esencial:

1. Ante la realidad, el concepto básico de la filosofía de Zubiri es el de «sustantividad», radicalmente distinto del aristotélico de «sustancia». La sustantividad de una cosa (un cristal de calcita, un perro, un hombre) es el sistema clausurado y cíclico de las notas constitucionales propias de ella (propiedades en sentido estricto, partes, facultades, etc.); sistema clausurado, porque las notas constituyen una totalidad unitaria; sistema cíclico, porque la función de cada nota en el sistema depende de su relación con todas las demás. La sustantividad, toda sustantividad, desde la molécula hasta el individuo humano, es, pues, una realidad estructural.

2. La sustantividad puede ser estudiada desde dos puntos de vista, el «talitativo» (lo que la cosa es por ser «tal» cosa: cristal, perro u hombre) y el «transcendental» (lo que la cosa es en tanto que cosa real, como inespecífica realidad). En el conocimiento de la estructura de cualquier cosa real hay, en consecuencia, dos órdenes, el talitativo y el transcendental.

3. Así talitativa como transcendentalmente, el sistema de las notas integrantes de la sustantividad otorga a la cosa *dimensionalidad,* aquello por lo cual la cosa en cuestión «da la medida» de su realidad propia, *constructividad,* el modo como las notas confieren al sistema carácter de «constructo», y *respectividad,* el hecho de que cada cosa sea lo que es en función de la totalidad de las cosas reales, del «cosmos» a que por esencia pertenece.

4. La *dimensionalidad* de la estructura de una cosa se manifiesta talitativamente en las tres dimensiones cardinales de su verdad real: la «riqueza» del conjunto de las notas que la constituyen, riqueza cuyo conocimiento va aumentando con el progreso de la investigación científica, la «solidez» del sistema que las notas forman, y por tanto la firmeza con que la cosa se nos presenta, la confianza que nos merece, y el «estar siendo», porque siendo físicamente lo que sus notas delatan, es decir, estando ante nosotros según todas y cada una de ellas (el agua, por ejemplo, siempre «está siendo» más o menos caliente o fría), es como las cosas se realizan.

5. La *constructividad* de la estructura se halla expresada en el diverso carácter de las notas, según su pertenencia a la cosa «de» que son. Tres son los modos cardinales del «de» a que dicha pertenencia alude. Hay, en efecto, notas «adventicias» (por ejemplo; respecto de la sustantividad humana, una inmunidad adquirida), notas «constitucionales» (aquellas en que se manifiesta la índole propia de la cosa en su conexión activa y pasiva con todas las demás, y que por tanto constituyen la estructura física primaria de ella; por ejemplo, las virtualidades génicas de un determinado genotipo: el movimiento coreico de un individuo afecto de corea de Huntington o la forma humana de todos los hombres) y notas «constitutivas», «esenciales» o «infundadas», no fundadas sobre ninguna otra (entre las notas constitucionales, aquellas que integran la estructura esencial de la sustantividad, como –en el caso de los animales– la organicidad, el hecho de poseer organismo y «tal» organismo específico, y la animación, el hecho de poseer psiquismo y «tal» psiquismo específico).

6. La *respectividad* de la cosa y de su estructura se nos revela, en fin, en el modo como la constitutiva conexión funcional de ella con todas las demás afecta a la constitución y a la actividad de su realidad propia (por ejemplo, la «espaciosidad» o carácter espacioso y la «caducidad» o carácter perecedero de las cosas que forman el cosmos).

7. Con su dimensionalidad, su constructividad y su respectividad propias, la cosa se realiza «dando de sí» en el curso del dinamismo del cosmos, y por tanto contribuyendo a la promoción de estructuras nuevas. La molécula (estabilización de la materia), el organismo viviente (vitalización de la materia estable), el psicoorganismo animal (animación de la materia viva) y el psicoorganismo humano (inteligización de la animalidad) han sido las etapas fundamentales en el dinamismo evolutivo y estructurante del cosmos; de tal forma, que en cada una subsiste de algún modo –en «subtensión dinámica»– la que genética y evolutivamente la precede. Así, las propiedades moleculares de la glucosa subsisten de un modo estructuralmente nuevo en el metabolismo de los animales superiores, y los mecanismos psicoorgánicos, cerebrales, de la memoria animal subsisten de un modo estructuralmente nuevo en la memoria humana.

8. Desde el punto de vista de la realidad en cuanto tal, la estructura talitativa se realiza en una dimensionalidad, una constructividad y una respectividad transcendentales. En función transcendental, las dimensiones son la «perfección», la «estabilidad» y la «duración». A la constructividad transcendental pertenecen la «incomunicabilidad» (el ser «de suyo» de las cosas; en el hombre, el poseerse a sí mismo), la «individuidad» (en el hombre, la «personeidad») y la «individualidad» (en el hombre, la «personalidad»); con lo cual la «especie» se realiza humanamente como «sociedad». La respectividad transcendental, en fin, convierte al «cosmos» en «mundo».

9. Como queda dicho, la estructura propia de la sustantividad animal es el psicoorganismo, y la del hombre, el psicoorganismo inteligente. Tal estructura apareció filogenéticamente en el cosmos cuando una estructura psicoorgánica animal se hizo evolutivamente tan compleja, tan extremada, por tanto, en la función de formalizar su relación cognoscitiva y operativa en el medio –así aconteció hace millones de años en el psicoorganismo de ciertos «antropoides»–, que la actividad formalizadora de su cerebro pasó a ser «hiperformalización». En tal situación, la especie antropoide habría sido biológicamente inviable si a su estructura no se hubiese añadido una nota nueva, la inteligencia; por tanto, si la formalización del medio no hubiera pasado a ser un «hacerse cargo de la situación» ante él. En el dinamismo evolutivo del cosmos, la hiperformalización cerebral «exige» la inteligencia; con lo

Hechas estas previas observaciones, pienso que la descripción de la realidad humana desde el punto de vista de su estructura exige discernir en ella siete sistemas: 1. El sistema de las estructuras operativas. 2. El sistema de las estructuras impulsivas. 3. El sistema de las estructuras signitivas. 4. El sistema de las estructuras cognitivas. 5. El sistema de las estructuras expresivas. 6. El sistema de las estructuras pretensivas. 7. El sistema de las estructuras posesivas.

II. LAS ESTRUCTURAS OPERATIVAS

En un sentido a la vez literal y amplio, el término «operativo» puede ser referido a todas las estructuras de la realidad humana, y hasta de cualquier realidad viviente, porque todas ellas se hallan ordenadas a ejecutar la función o las funciones que a cada una corresponden; por tanto, a poner en acto una operación biológica, a operar. Pero un examen sumario de la serie de ellas anteriormente enumerada permite advertir que en la realización de los cambios en que se manifiesta y por los que se constituye la acción primaria de la existencia humana, la de vivir, algunas, como las signitivas, las expresivas y las posesivas, poseen un carácter más bien puntual, otras, las que he denominado pretensivas, ejecutan una actividad fundamentalmente anticipadora y proyectiva, y otras, las impulsivas, promueven de hecho el cambio vital, impelen hacia él,

---

cual surge en el proceso evolutivo la primera especie del género *Homo*. El problema es: una consideración puramente cósmica y evolutiva de la antropogénesis, ¿permite explicar de modo suficiente la aparición de la inteligencia humana?

10. La sustantividad así constituida posee, entre otras, dos características esenciales: ser «suprastante» y ser «esencia abierta». Es suprastante y no substante, porque el hombre actualiza lo que por naturaleza puede ser (sus «potencias») decidiendo «desde arriba», entre eso que puede ser, lo que en cada situación quiere ser (esto es: convirtiendo sus «potencias» en «posibilidades» y sus «reacciones» en «proyectos»). Es esencia abierta, porque, en contraste con todas las restantes del cosmos, constantemente debe realizarse de nuevo ante lo real en tanto que real, y por consiguiente en el inagotable mundo de lo posible. Lo cual plantea una nueva interrogación: la esencia abierta, ¿no postula en sí y por sí misma –no exige, más bien– un destino transcósmico y transmundano?

11. El sistema psicoorgánico de la sustantividad humana se realiza en dos subsistemas esencialmente fundidos entre sí, aunque metódicamente discernibles, el «organismo» y el «psiquismo»; de tal manera, que en el hombre todo lo orgánico es humanamente psíquico, y todo lo psíquico es humanamente orgánico. Con otras palabras: así en su estructura como en su conducta, el hombre es intelectivamente sentiente, voluntariamente tendente y sentimentalmente afectante. Como es obvio, a esos dos subsistemas pertenecen unitariamente las siete subunidades secundarias –las estructuras operativas, impulsivas, signitivas, cognitivas, expresivas, pretensivas y posesivas– que a continuación discierno y describo.

En páginas ulteriores añadiré perfiles y motivos nuevos a este sumarísimo esquema. El lector deseoso de ampliarlo puede consultar los estudios de I. Ellacuría y D. Gracia Guillén antes mencionados, así como I. Ellacuría, «La idea de filosofía en Xavier Zubiri», en *Homenaje a Xavier Zubiri* (Madrid, 1970), vol. I, y A. López Quintás, «Realidad evolutiva e inteligencia sentiente en la obra de Zubiri», también en *Homenaje a Xavier Zubiri*, vol. II. Para una concepción formalmente filosófica y zubiriana de la antropología médica es altamente valioso ese estudio de Gracia Guillén.

pero no lo realizan formalmente; al paso que, como a continuación veremos, existen varias cuya acción propia es más bien cursiva, va de un estado vital a otro, y en consecuencia dan al cambio su realidad material y formal. Por eso he creído pertinente llamarlas, en un sentido muy estricto, operativas.

Por la índole de la operación que realizan las estructuras operativas pueden ser morfogenéticas, sustentativas y ejecutivas.

1. Las estructuras morfogenéticas

Llamo estructuras morfogenéticas al conjunto de los mecanismos psicoorgánicos en cuya virtud el óvulo fecundado adquiere la figura individual del hombre adulto a que potencialmente tendía, y el organismo adulto es capaz de reconquistar su forma normal, cuando de ella ha sido accidentalmente apartado, y de autorreparar o regenerar las lesiones o las pérdidas que ocasionalmente haya podido sufrir.

Vista en cualquiera de sus diversificaciones, la morfogénesis fue entendida durante siglos como la más clara expresión de la índole específicamente vital, por tanto suprafísica y supraquímica, de las actividades más propias del ser vivo. Un «principio vital» regiría las transformaciones materiales que hacen del óvulo fecundado un embrión, luego un feto, más tarde un niño con vida extrauterina; y una *force de situation fixe*, vital asimismo, haría, según Barthez, que volviesen a su lugar propio los órganos a los que una violencia cualquiera hubiese separado de él. No obstante su resuelto antivitalismo, el mismísimo Claudio Bernard se creyó obligado a formular la ambigua hipótesis de una *idée directrice* –¿qué consistencia «real» posee esa «idea» y cómo llega a ser efectiva la «dirección» por ella impresa?– para dar razón suficiente de la morfogénesis ontogenética. Otro tanto cabe decir de la «entelequia» en que el ulterior neovitalismo de Driesch tuvo su concepto central.

De vuelta de cualquier género de vitalismo, la actual biología se esfuerza por interpretar la morfogénesis en términos de estructura: los procesos energético-materiales –a la postre, bioquímicos– que convierten al óvulo fecundado en animal recién nacido, y a éste en individuo adulto son, desde luego, cualitativamente biológicos, pero tal condición depende tan sólo de la composición y la estructura a un tiempo genéricas, específicas e individuales que en el núcleo y en el citoplasma poseen sus componentes energético-materiales, genes, enzimas y sustrato; estructura y procesos que cumplen *modo proprio* los principios generales de la termodinámica –hoy, eso sí, en fecunda ampliación: termodinámica de las estructuras disipativas y los procesos irreversibles de I. Prigogin y M. Eigen; teoría de las catástrofes de R. Thom– y que dan su parte de razón tanto al ingenuo y desaforado preformacionismo setecentista, porque algún papel tienen en tal estructura las diversas configuraciones espaciales de los elementos génicos y la interna composición de éstos, como al pensamiento epigenético, porque verdaderamente nuevas son, respecto de las originarias, las formas que sucesivamente aparecen en la ontogénesis.

Ahora bien: en el caso del hombre, ¿en qué consiste esa genérica, específica e individual estructura del óvulo fecundado, y cómo de ella van surgiendo, primero más genéricas (de animal vertebrado), luego más específicas (de *homo sapiens sapiens*) y por fin más individuales (de este feto humano y no de otro, de este niño y no de otro, de este hombre adulto y no de otro), la textura orgánica y la figura total del individuo de que se trate? Múltiples y arduos problemas, hoy por hoy no enteramente resueltos, que constituyen todo un desafío para la vanguardia de la actual investigación biológica.

Hablé antes de «mecanismos psicoorgánicos»; afirmé, por otra parte, que, dentro de la estructura de la realidad humana que he llamado respectiva, los fenómenos que en ella acontecen son siempre y a la vez personales, sociales e históricos. Toda una serie de sutiles cuestiones se nos presenta ahora. ¿En qué medida y de qué modo puede ser psíquico, además de ser tan ostensible y preponderantemente orgánico, el proceso de la morfogénesis? Si el pensador no es doctrinariamente monista, a la manera de Haeckel y Ostwald o a la del DIAMAT marxista-leninista, sólo mediante un apurado e insatisfactorio pensamiento filosófico podrá responder a la precedente interrogación, porque la ciencia actual no parece permitir a este respecto ni siquiera el atisbo de una respuesta propiamente científica; y si lo es, se verá ante la imposibilidad de explicar científicamente como por la vía de una creciente complicación azarosa de su estructura y su dinámica surgen en el embrión la inteligencia humana y la libertad. En cuanto que «también» orgánico, sólo el psiquismo de la madre, no el inaparente, meramente pasivo psiquismo del huevo y el embrión, puede influir, siquiera muy levemente, sobre los procesos morfogenéticos de la ontogénesis. Otro tanto cabe decir también de la condición personal del huevo y el embrión.

El concepto puramente metafísico de «personeidad» (Zubiri) –el embrión humano tendría «personeidad», no «personalidad»– intenta dar una primera solución a tal problema. Más evidente parece el condicionamiento histórico-social de la morfogénesis. En primer término, porque, como ya percibió el genial Demócrito –la concepción de un descendiente, pensaba el filósofo de Abdera, es por supuesto un fenómeno físico, pertenece a la *phýsis;* pero no se procrea lo mismo cuando se cree que es mejor tener muchos hijos que cuando se cree que es mejor tener pocos, creencia que depende de un nómos, de una convención social (Diels-Kranz, 278 A)–, algo influye la sociedad sobre el acto de la procreación; y en segundo, porque a la fracción social del mundo pertenecen varios de los factores que en bien o en mal modifican el proceso morfogenético: la herencia, los agentes capaces de producir lesiones germinales, la alimentación de la madre, etc. Hecho éste que adquirirá complejidad y relieve mayores en las etapas de la morfogénesis ulteriores al parto, desde el período neonatal hasta la vida adulta (4).

(4) Acerca de los problemas filosóficos que plantea la morfogénesis humana –la cual, por humana, tiene que ser a la vez estructural y transestructural–, pronto podrá ver el lector el estudio «La génesis humana», de X. Zubiri, inédito hasta ahora. Vea entre tanto los ya mencionados de I. Ellacuría.

2. Las estructuras sustentativas

Doy este nombre a todas aquellas cuya actividad es necesaria para garantizar la normalidad genérica, específica e individual de la vida –la forma, la composición y el dinamismo de la persona–, así como para mantener la continuidad de la especie. Deben ser distinguidas, en consecuencia, las cinco funciones y estructuras siguientes:

a. *Conservación de la figura humana*

Son estructuras en cuya virtud, concluido el proceso del crecimiento, *la figura humana conserva su normalidad genérica, específica e individual* y va declinando con la senectud. El momento orgánico de tal conservación, básicamente regido por la constitución génica del individuo, se halla principalmente constituido por los mecanismos neurofisiológicos, endocrinos y metabólicos que regulan el *turgor vitalis* y por la mayor o menor susceptibilidad al complejo proceso biológico de la senescencia; y su más visible momento psíquico, por la considerable influencia que el curso y el contenido de la biografía –elección de un camino vital y no de otro, bienandanza o malandanza de la vida personal, crisis y conflictos de toda índole– ejercen sobre la figura total del individuo, y principalmente sobre su rostro. Tanto biológica como biográfica es la sucesiva configuración del perfil del cuerpo en la marcha y del aspecto global de la cara; la cual, y en cuanto que expresa lo que habitual y ocasionalmente hay en la conciencia y la subconsciencia de la persona, es, sí, espejo del alma, pero no menos espejo de la vida entera (5). Cada uno a nuestro modo, más benigna o más malignamente, todos somos un poco retratos del Dorian Gray que de nosotros vamos haciendo día tras día.

Basta lo dicho para advertir la no escasa parte que la sociedad y la historia tienen en la integridad psicoorgánica de las estructuras que sustentan, defienden y modifican la figura de la persona. Sobre la relación entre la clase social y el envejecimiento somático, bien elocuentes páginas escribió Marañón en *La edad crítica;* y unida a la de la clase social, la influencia de la alimentación, la vida familiar y la actividad laboral muestra claramente la complejidad y la eficacia del nexo que existe entre la sociedad y las vicisitudes de la figura humana. No menos real es la parte que la situación histórica tiene en ella. La senescencia es un proceso que se estima, valora y expresa de manera diferente en las diferentes culturas, y todos sabemos que hay situaciones y épocas más juvenilistas y otras más senilistas, si se me admiten estos vocablos. El fenómeno

(5) Quiero advertir muy explícitamente que cuantas veces, cediendo a una arraigada costumbre del lenguaje psicológico, hable en lo sucesivo de «la conciencia» o «la subconsciencia», en modo alguno desconozco el fundamental error del pensamiento filosófico moderno que Zubiri denunció: la sustantivación de la conciencia, la concepción de ésta como receptáculo o pantalla de lo que en nuestro interior nos es consciente. No. No hay «actos de conciencia» y «actos de subsconsciencia»; hay tan sólo actos psicoorgánicos conscientes, subconscientes o conscientes y subconscientes a la vez. Volveré sobre el tema.

histórico-social de *la verte vieillesse*, tan frecuente tras la Primera Guerra Mundial, ¿hubiese sido concebible en cualquiera de los siglos anteriores? ¿Y se le entendería, por otra parte, sin tener en cuenta que esa *verte vieillesse*, además de ser en ocasiones ridículo disfraz, el del «viejo verde», es también, y con frecuencia, efectiva realidad orgánica y psíquica?

b. *Actividad nutricional*

Realizan o rigen orgánicamente la *actividad nutricional* los órganos y aparatos de la digestión, el metabolismo, la respiración, la circulación, las secreciones y la excreción, desde su anatomía macroscópica y su inervación hasta su textura celular y bioquímica; y constituyen el momento psíquico de ellas, ahora mucho más notorio que en el apartado anterior, tanto las vivencias en que se expresa la actividad de dichas funciones, como las acciones neurofisiológicas, neuroendocrinas y humorales en cuya virtud es posible que las situaciones personales, los estados de ánimo, los problemas y conflictos morales, etc., alteren favorable o desfavorablemente la operación de estos órganos y aparatos. Comer teniendo apetito un manjar gustoso o sintiendo asco o desgana ante lo que va a comerse, influye notoriamente sobre los procesos digestivos; hecho que con su trivial y ostensible realidad pone en evidencia la parte que las formaciones neurológicas y endocrinológicas antes aludidas tienen *siempre* en el diverso conjunto psicoorgánico de nuestras estructuras nutricionales. Otro tanto podría decirse acerca de la respiración, el movimiento cardíaco y la excreción urinaria. La anatomo-fisiología de todas estas actividades es y debe ser, bien se ve, algo más que lo que los habituales libros escolares enseñan. Más de una vez reaparecerá el tema en las páginas subsiguientes.

Nada más fácil que advertir la inserción de esas estructuras en el mundo social e histórico de la persona. Sin ella, ¿cómo podría entenderse la evidente socialización, en el primario sentido sociológico de la palabra, de las funciones digestiva, metabólica, respiratoria, circulatoria y excretiva? Consideremos, por otra parte, los aspectos históricos del proceso de la socialización. La conocida intervención de Erasístrato en el diagnóstico del enamoramiento de la bella Estratónica muestra claramente que la existencia de un momento psíquico en las estructuras que regulan la circulación puede darse en las situaciones históricas más diversas; pero no menos clara es la diversa modulación de ese momento en cada una de ellas, desde las que integraron el paleolítico hasta las que puedan darse entre los banqueros de Wall Street, entre los *scholars* de Oxford o en la más actual comunidad de drogadictos. A lo cual debe añadirse la eficacia que en la operación de las estructuras nutricionales puede tener y tiene a veces la significación subconsciente y simbólica de alguno de los órganos que las constituyen. La deglución y la respiración meten dentro de nosotros el mundo exterior; la defecación exonera y limpia nuestro vientre; el vómito nos libera de lo que nos da asco; hechos éstos, y con ellos otros análogos, que por elaboración simbólica-subconsciente pueden alterar la actividad de los órganos a que pertenecen y nos obligan a pensar en las estructuras orgánicas que nece-

sariamente tienen que intervenir para que tales alteraciones efectivamente se realicen. *Nulla psychologia sine physiologia*, escribió Johannes Müller.

c. *Homeostasis*

La exigencia fisiológica de la constancia del medio interno, genialmente descubierta y formulada por Claudio Bernard, certeramente bautizada luego por Cannon con el término de *homeostasis*, debe ser entendida en toda su compleja integridad psicoorgánica, y referida por tanto a todas las constantes vitales del organismo: homeostasis biofísica (temperatura, tensión arterial, electrotono, etc.), bioquímica (glucemia, pH, nivel de la concentración hormonal, potasemia, uricemia, colesterinemia, etc.), tónica (tono de los órganos dotados de excitabilidad, como los músculos lisos y los estriados) y psíquica (mantenimiento del tono vital y afectivo del ánimo, de la atención, etc.). Es la normalidad sincrónica de la persona, psicoorgánicamente expresada; de cuyo mantenimiento son responsables varias estructuras orgánicas y psíquicas, más o menos bien conocidas por la investigación morfológica y fisiológica de nuestro tiempo. Hoy por hoy, el hipotálamo parece ser la porción del sistema nervioso central que más directamente influye en la regulación neural de la homeostasis; la cual se realiza y expresa psíquicamente en la tonalidad y las oscilaciones de la cenestesia, y por tanto, anticipando términos, en la habitual conciencia del «estar».

d. *Homeorresis*

Como hay una normalidad sincrónica en el organismo –en el psicoorganismo, más bien– no alterado por la enfermedad, hay también en él una normalidad diacrónica, susceptible de ser integralmente nombrada con el término, ideado por Waddington, de *homeorresis:* el curso normal de los procesos ontogénicos, fisiológicos y psíquicos en que se va realizando la vida de la persona. A ella proveen, como siempre, las correspondientes estructuras psicoorgánicas.

e. *Actividad sexual*

Aludo ahora a las estructuras reguladoras de la *actividad sexual*, en tanto que sistema ordenado a la continuidad de la especie y a la perduración específica de la forma individual, y no, pese a la estrecha relación entre uno y otro, en cuanto que sistema psicoorgánico del erotismo. La morfología y la actividad de los caracteres sexuales primarios y secundarios del soma, no sólo, por supuesto, los visibles, son el momento orgánico de ellas, y la dinámica de los caracteres sexuales de la psique, con su ineludible correlato neurofisiológico y neuroendocrinológico, su momento psíquico. El hipotálamo posterior, principalmente en su región septal, el núcleo amigdalino y el lóbulo temporal del cerebro son los más destacados factores neurológicos del complejo fenómeno de la

pulsión sexual, hállese voluntariamente ordenada hacia la procreación o hacia el puro erotismo. Todos ellos intervienen, por tanto, en la puesta en marcha de la actividad sexual procreadora, cuyas implicaciones sociales e históricas no pueden ser más evidentes. Si todas las estructuras de la realidad humana poseen un carácter a un tiempo orgánico, psíquico, personal, social e histórico, en pocas es éste tan notorio como en las que gobiernan y realizan la función de procrear.

3. Las estructuras ejecutivas

Con las morfogenéticas y las sustentativas operan en tercer lugar las estructuras ejecutivas, nombre respecto del cual debo hacer la misma salvedad que antes hice respecto del que denomina y engloba a las tres. En un sentido lato, en efecto, todas las estructuras psicoorgánicas son ejecutivas, todas ejecutan la actividad que les es propia; pero lo son muy especialmente aquellas en que la ejecución atañe a un proceso con principio y fin bien determinados, y cuya finalidad inmediata está fuera de ellas. Piénsese, a título de ejemplo sencillo y notorio, en el acto de flexionar el antebrazo sobre el brazo.

En tres grupos principales se diversifican las estructuras ejecutivas, si de la ejecución queremos tener un concepto rigurosamente psicoorgánico:

a. *Estructuras locomotoras*

Las estructuras *locomotoras*, desde las más elementales, como la mencionada flexión del antebrazo sobre el brazo, hasta las más complejas, como la locomoción *sensu stricto* y las distintas praxias, forman un conjunto muy amplio y diverso. Descontando el problema que plantea su enigmático y suprafisiológico instante preliminar –en definitiva, el problema a que erróneamente suele darse el nombre de «acción de la mente sobre el cuerpo»: cómo una decisión de la voluntad puede poner en marcha la actividad excitadora de un determinado grupo de células piramidales de la corteza motora del cerebro–, la neurología tradicional veía el momento psíquico del acto locomotor no más que en las sensaciones propioceptivas correspondientes a la contracción de los músculos y al movimiento de las articulaciones en cada caso afectados; el bíceps braquial y la articulación del codo, en la flexión del antebrazo sobre el brazo. La actual neurofisiología, en cambio, ha discernido en la ejecución de los movimientos voluntarios los siguientes momentos psicoorgánicos:

1.º Coincidentemente con la decisión de practicar un determinado movimiento, antes, por tanto, de que el movimiento en cuestión haya tenido lugar, se produce un potencial negativo en la corteza de la parte superior del cerebro, potencial que durante unas décimas de segundo se concentra en el grupo de las células piramidales correspondientes al movimiento en cuestión (experi-

mentos de Kornhuber). Por tanto: cualquiera que sea el modo de entender filosóficamente el problema de la relación entre la mente y el cerebro, es de todo punto evidente que, desde el instante mismo de decidir con entera y libre espontaneidad un movimiento voluntario, la estructura que lo ejecuta es *a la vez* psíquica (el acto de la volición y la decisión) y orgánica (las modificaciones en el potencial eléctrico de la corteza cerebral motora). No «a la vez», sino «unitariamente», precisará Zubiri.

2.º Tan pronto como la «orden de ejecución» cobra esa unitaria realidad psicoorgánica, y por obra de las conexiones sinápticas que unen a la corteza motora con el cerebelo, éste actúa para que el movimiento en cuestión pierda la torpeza de los que sólo dependen de la conducción piramidal del impulso (imprecisión y tosquedad de los movimientos indicativos y prensiles de una mano tras la lesión de un solo hemisferio cerebeloso: observaciones de Gordon Holmes) y logre la fina adaptación de los que consideramos normales. El control cerebeloso es, pues, *simultáneamente* orgánico (actividad neurológica de las vías córtico-cerebelosas y córtico-espinales) y psíquico (adaptación inconsciente del movimiento a la intención del sujeto).

3.º Otro circuito dinámico, el que existe entre el córtex motor y los ganglios de la base del cerebro, coadyuva muy eficazmente con el cerebelo en la configuración final de los actos motores, haciéndola rápida y adecuada. Recuérdese lo que a tal respecto sucede en la enfermedad de Parkinson y en la corea de Huntington.

Todo ello, perceptible ya en los movimientos no preprogramados, es decir, en los actos motores de carácter espontáneo y exploratorio, se hace especialmente notorio cuando la actividad en cuestión ha sido previamente ensayada y aprendida: abrochar un botón, encender una cerilla, tocar el piano, etc. Al tratar del proceso sensitivo-motor a que V. von Weizsäcker dio el nombre de «círculo figural» *(Gestaltkreis)*, de nuevo consideraremos la significación biológica y antropológica de estos hechos.

b. *Estructuras visceromotoras*

Las estructuras *visceromotoras* se hallan ordinariamente integradas en alguna de las que antes he llamado sustentativas: estructuras psicoorgánicas de la contracción cardíaca, de la dinámica de la respiración, de la motilidad gástrica e intestinal, etc. Integran el momento orgánico de una estructura visceromotora la musculatura propia del órgano en cuestión, su doble inervación vegetativa –recuérdese la acción del vago y el simpático sobre el corazón, el tracto digestivo, etc.– y los ganglios de su inervación autóctona: y revela su momento psíquico –la parte de la psique en la génesis de esos movimientos–la más o menos indiferenciada contribución de la actividad visceral al global sentimiento del «estar», a la cenestesia. No debe olvidarse la poderosa acción psicoorgánica, por igual vegetativa y voluntaria, que los cultivadores del yoga pueden ejercer sobre el movimiento de ciertas vísceras.

c. *Estructuras psicomotoras*

Llamo estructuras *psicomotoras* a las que ponen en marcha la actividad del habla, la inteligencia discursiva –esto es: la resolución de ponerse a pensar y de seguir pensando acerca de algo concreto–, los procesos mnémicos –es decir: la voluntad de recordar algo y de proseguir la pesquisa memorativa, cuando lo que se quiere evocar no viene inmediatamente a la conciencia–, los actos de previsión anticipativa inherentes a la actividad de proyectar y el ejercicio continuado de la voluntad. Apenas parece necesario indicar que la denominación de «psicomotoras» la merecen especialmente las estructuras y las actividades en que el término de la acción tiene carácter preponderantemente psíquico, como el pensamiento, la memoria y la proyección del futuro. La iniciación voluntaria de los movimientos locomotores y fonadores es, sí, preponderantemente psíquica, pero lo últimamente movido en ella son los músculos de la pierna, el brazo y la laringe. En la decisión de pensar, recordar o proyectar, en cambio, la acción tiene su término en los procesos psíquicos, preponderantemente psíquicos, que esos verbos designan.

Cumpliendo la regla antes enunciada –que en el hombre no hay actos puramente orgánicos, ni actos puramente psíquicos–, la neurofisiología actual está descubriendo, en efecto, la actividad de las diversas formaciones cerebrales que constituyen el momento orgánico de dichos procesos. La inteligencia discursiva requiere el concurso mancomunado de amplias zonas de la corteza de ambos hemisferios, y probablemente del tálamo. Más aún: a nadie sorprendería saber el día de mañana que en la puesta en marcha de la intelección intervienen alteraciones eléctricas de alguna zona cortical bien determinada, a semejanza de lo que en lo tocante a los movimientos voluntarios nos han hecho ver los hallazgos de Kornhuber. Todo ello sin contar la participación del sistema límbico y el hipotálamo en la varia colaboración emocional que en cada caso lleve consigo la actividad de inteligir. Mucho más patente nos es, por mejor investigado y conocido, el momento orgánico, neurofisiológico, de la actividad memorativa. De esta forma lo veremos al proceder a estudiarla desde el punto de vista de su significación en el todo de la existencia humana: darnos señales de la continuidad y la variación de nuestra realidad en su curso temporal.

Basta lo dicho para advertir la esencial implicación de la sociedad y la historia en el ejercicio concreto de las estructuras ejecutivas, sean éstas locomotoras, visceromotoras o psicomotoras. Sólo mediante el ejercicio de la abstracción puede exponerse en términos genéricamente humanos –visión del hombre en cuanto tal– o personalmente individuales –visión del hombre como el hombre que yo soy o que tú eres– lo que son nuestros movimientos locales, viscerales o psíquicos; porque cuando yo me muevo, esto es, cuando pongo en actividad cualquiera de mis estructuras ejecutivas, algo ponen en mi movimiento mi situación social y mi situación histórica. Como hay, valga este ejemplo, una anatomía, una fisiología y una psicología del rubor, hay también una sociología y una historia de él, y otro tanto cabe decir de la locomoción, del habla y de los

procesos intelectivos y mnémicos. Y para que se realice socialmente una actividad psicoorgánica, como por ejemplo la de ruborizarse o la de hablar, necesariamente tienen que ponerse en juego las estructuras unitariamente orgánicas y psíquicas que en la concreta realidad de la persona hacen posible tal socialización.

III. LAS ESTRUCTURAS IMPULSIVAS

Materialmente fundidas con las estructuras operativas, como en los procesos morfogenéticos acontece, o espacialmente separadas de ellas cuando el sistema anatómico motor se halla más o menos distante del sistema anatómico movido, así en la locomoción voluntaria, son impulsivas aquellas estructuras en cuya virtud la realidad humana, siempre, por supuesto, en relación reactivo-responsiva con su mundo, incita, pone en marcha y sostiene los varios movimientos con que esa realidad transcurre temporalmente. De modo muy genérico, pues, doy el nombre de *impulso* a toda energía que suave o abruptamente saca a la realidad del hombre de un estado vital y rápida o lentamente la conduce a otro; energía en todo caso configurada como estructura, porque necesariamente tiene que pertenecer tanto a una determinada configuración material del organismo, sea ésta bioquímica, celular, hística o anatomofisiológica, como a la correspondiente actualización del psiquismo. Impulsos en este amplio y vario sentido son: el consecutivo a mi decisión de levantarme de la silla en que estoy sentado; la tensión de la libido previa a la ejecución de tal o cual acto sexual; la del hambre, cuando ésta impele a buscar e ingerir alimento; el estímulo bioquímico que pone en marcha la segmentación celular del huevo fecundado o el que tras el contacto del bolo alimenticio con la mucosa gástrica da lugar a la actividad secretoria de ésta; el potencial gravitatorio del cuerpo, cuando se trueca en energía cinética y le hace descender por la rampa de un tobogán.

Subyacente a todos estos impulsos, en tanto que hábito metafísico perteneciente a toda realidad, y psicoorgánicamente expresado en ellos, cuando de la realidad humana se trata, hállase el *conamen* de que habla Spinoza en una proposición de su *Etica* que conmovía a Unamuno: «cada cosa, en cuanto que es en sí, se esfuerza *(conatur)* por perseverar en su ser» (III, 6), esto es, por seguir siendo; *conamen* o «esfuerzo» que necesariamente tiene que manifestarse como una pertinaz resistencia a dejar de ser, a la muerte o a la destrucción, y como un cambiante impulso hacia el seguir siendo, si, como en el caso del hombre, es viviente la realidad a que pertenece. La inquieta, itinerante realidad humana, ¿podría esforzarse por seguir siendo sin la existencia y la operación de los diversos impulsos que a ello se concitan?

Supuesto un cambio activo hacia el futuro en el tono psicoorgánico de una persona, y sin mengua de la unidad real de él, tres órdenes principales de impulsos pueden ser discernidos: la impulsión *stricto sensu*, la pulsión y la decisión. Veamos sus correspondientes estructuras.

1. Las estructuras de la energía fisicoquímica

Deben ser ante todo mencionadas, entre los impulsos, las estructuras y actividades en que bajo sus distintas formas se actualiza y manifiesta la energía físicoquímica de cada uno de los diversos órganos, sistemas y aparatos del organismo y de éste en su conjunto. He aquí los dos modos principales de tal manifestación:

a. *El potencial gravitatorio del cuerpo*

El cuerpo humano pesa –salvo, gran novedad de nuestros días, cuando ocupa en el espacio cósmico un lugar en el cual no se hace patente el campo gravitatorio de la Tierra–, y su peso actúa constantemente en nuestra vida. A veces bajo forma de pesantez corporal, cuya sensación, sordamente diferenciada cuando uno dice «Me siento ligero» o «Me siento pesado», o enteramente subsumida en la habitual vivencia cenestésica del cuerpo propio, se integra siempre en el «estar» –bienestar, malestar, estar indiferente– de la persona a que afecta. Otras veces bajo forma de energía cinética, como en el salto o en la caída; movimientos corporales cuya varia integración en la vida personal del individuo agente será ulteriormente estudiada.

b. *Energías biofísicas y bioquímicas*

Las varias *energías biofísicas y bioquímicas* que los físicos y los químicos estudian ponen en marcha y sostienen todos los procesos del organismo y de la psique. Todos: la morfogénesis, la homeostasis y la homeorresis, la actividad neurofisiológica y muscular de los movimientos voluntarios, la respuesta muscular y bioquímica del tubo digestivo a la ingestión del alimento, el ejercicio de la actividad voluntaria, el proceso cerebral del pensamiento; todos. Frente a cualquier vitalismo, hay que afirmar sin la menor reserva que sólo las fuerzas y energías que estudia la física, desde la mecánica y la térmica hasta la electromagnética, sólo ellas son las que actúan en la impulsión y en el sostenimiento de las actividades propias de la especie humana, llámense digestión, locomoción o ideación; y así, hablar de una «energía instintiva», de la «energía mental» o de la «fuerza de la voluntad», sólo puede hacerse concediendo un sentido analógico a los términos «energía» y «fuerza», y no desconociendo que el curso de esas actividades se halla inexorablemente sometido a los principios de la termodinámica. Pero a la vez, y frente a todo simplismo mecanicista, con no menor claridad es preciso decir que la pertenencia de esas varias energías al todo de un organismo viviente, más aún cuando ese organismo es humano y personal, modula específicamente el obligado cumplimiento de las leyes de la termodinámica clásica y, en tanto que biológicamente estructurada, hace que el proceso y la actualización de esas energías se configuren y manifiesten según los modos de ser fenoménica y realmente diferenciados que llamamos «vida orgánica» y «vida personal».

2. Las estructuras de la energía instintiva

Muestran en primer término el hecho biológico que acabo de afirmar las actividades impulsivas en que las fuerzas biofísicas y bioquímicas del organismo se configuran y manifiestan bajo forma de energía instintiva. Ampliando resueltamente el sentido habitual del término, daré el nombre de «instinto» a cualquiera de las ordenaciones operativas de la energía físico-química del organismo que de modo siempre reactivo, aunque la pulsión instintiva nos parezca a veces ser espontánea, hacen que la realidad psicoorgánica del hombre se mueva hacia la consecución de sus fines preponderantemente biológicos, desde la conservación de la vida y la integridad corporal hasta la satisfacción de la libido y del afán de poderío. Sólo de modo analógico puede ser llamado «instinto» el impulso en cuya virtud el hombre se mueve hacia una meta preponderantemente psíquica, la resolución de un problema matemático, la composición de un poema o, más ampliamente, el cumplimiento de la vocación propia. Como es obvio, a cada pulsión instintiva corresponde su propia estructura psicoorgánica, y todas se hallan condicionadas por la situación social e histórica de la persona en que se actualizan.

Cabe, pues, distinguir:

a. *Génesis, conservación e integridad del organismo*

Ante todo, las estructuras que al servicio de *la génesis, la conservación y la integridad del organismo* rigen los procesos morfogenéticos, inmunitarios, inflamatorios, regenerativos y cicatrizales. El momento orgánico de la estructura es ahora, por supuesto, el dominante; tanto, que de ordinario parece ser el único. Pero bastará recordar que el plazo de consolidación de las fracturas óseas varía con la disposición anímica y social del sujeto ante el hecho de padecerlas, para advertir que a esa estructura pertenecen un momento psíquico y otro social, por escaso que en tantas y tantas ocasiones sea el relieve de ambos.

b. *Hambre y sed*

En segundo lugar, las estructuras que bajo forma de *hambre y sed* mueven a la satisfacción del instinto nutricio. Como ya hizo notar Marañón, hay una anatomía, una fisiología, una psicología, una sociología y una historia del hambre, y con harta razón se ha preguntado el filósofo Ernst Bloch por qué los psicoanalistas no han dedicado a las manifestaciones y los desórdenes del instinto nutricio, no menos universal y no menos profundo y operante que la libido, la atención que desde Freud han consagrado a ésta. El hambre, cuyo momento psíquico consciente es –más o menos intenso y más o menos localizado en el estómago– el sentimiento de experimentarla, tiene la parte principal de su momento orgánico en el hipotálamo. La excitación del núcleo ventromediano de éste o «centro de la saciedad» frena el movimiento del animal hacia el alimento, y la del área hipotalámica lateral o sistema de «puesta en marcha»

de la alimentación –el *feeding center* o «centro de la alimentación» de Anand y Brobeck– da lugar al movimiento contrario. Directamente sentida o socializada como vida económica, ¿qué fuerza no tiene el hambre en la configuración de la vida humana, y cuántas no serán las alteraciones neuróticas por ella determinadas? La sed, por su parte, sentida principalmente en la boca, es orgánica en el estado osmótico del medio interno y en el sistema hipotalámico-hipofisario. Recuérdese la patogenia de la diabetes insípida.

c. *Instintos sexual y tanático*

En tercero, las estructuras que impulsan la constitución y la manifestación del *instinto sexual* o libido *sensu stricto*. En los animales, la coincidencia entre ellas y las que ejecutan la conservación de la especie es completa. En las especies zoológicas no sometidas a domesticación –por obra de la cual pueden ser artificialmente seudohominizadas– existe, por supuesto, el placer sexual, pero no el erotismo. En el hombre, en cambio, como diría el viejo Demócrito, su *phýsis*, su naturaleza, actúa siempre modulada por *nómoi* o convenciones sociales, y en lo tocante a la *phýsis* del instinto sexual una de ellas es el erotismo, de tanta extensión y tan variadas formas en la actual sociedad civilizada. Al hablar de las estructuras sustentativas correspondientes a la procreación quedó indicado el papel que la región septal del hipotálamo posterior, por una parte, y el lóbulo temporal, por otra, desempeñan en la puesta en marcha de la pulsión sexual y en su culminación bajo forma de orgasmo, así como la acción inhibidora –«censorial», en términos psicológico-morales– que sobre aquélla ejerce la actividad del complejo amigdalino. Hasta más de cuarenta veces llegó a cubrir a su hembra un mono en el que, mediante electrodos implantados en dichas zonas cerebrales, eran éstas excitadas (Rodríguez Delgado). Naturalmente, ésa es también la parte más importante del momento orgánico del erotismo. La voluntad y los hábitos psicosociales de los individuos que componen la pareja, con la consiguiente acción de amplias porciones del cerebro, determinarán que psíquica y neurofisiológicamente sea el acto sexual mero erotismo o parte inicial del proceso de la procreación.

El análisis y la interpretación de la función que en la vida humana desempeña el principio del eros, biológicamente realizado como instinto erótico o libido, condujo a Freud al descubrimiento de otro polarmente contrapuesto a él, el principio del *thánatos*, cuya actualización biológica es el *instinto de la muerte*, del que ya había hablado Metchnikoff y hablará entre nosotros, con singular agudeza, Nóvoa Santos. Desde las más profundas raíces del alma humana, aquél afirma la potencia de la vida y éste denuncia la servidumbre a la muerte. Con expresiones distintas y con distinta preponderancia de uno o de otro, el juego de ambos opera en la realidad psicoorgánica del hombre desde su nacimiento hasta su muerte.

La importancia de los momentos psíquico consciente, psíquico inconsciente, social e histórico en la incitación, la estructura y la configuración de la libido y del instinto tanático no necesita ser subrayada; en pocos casos como en éste

salta a la vista el hecho de que todo lo orgánico transcurre psíquicamente, y orgánicamente todo lo psíquico. El título de un libro de Rof Carballo, *Biología y psicoanálisis*, nombra uno de los más importantes campos de trabajo de la antropología actual.

d. *Instinto de valimiento y poderío*

En cuarto, las estructuras psicoorgánicas que dan soporte e impulso al instinto de *valimiento y dominio*, el *Geltungstrieb* de la psicología adleriana. La esencial socialidad de todas las actividades del hombre cobra ahora máxima patencia. Tanto el surgimiento como el ejercicio del instinto de valimiento y dominio exigen perentoriamente, en efecto, ámbito social; pero su operación consciente o subconsciente en el seno de la vida personal, por necesidad ha de realizarse en la estructura psicoorgánica –cerebral, endocrina, psíquica, etc.– de la persona de que se trate; estructura que, como es obvio, actúa de modo idéntico cuando en la génesis y en la configuración de dicho instinto tiene parte principal la constitución biológica del individuo, o cuando la tiene la educación de éste. *Biología y psicología individual* podría ser asimismo la expresión de un importante tema antropológico de nuestro tiempo

e. *Agresión y socialidad*

Aunque sus estructuras neurofisiológicas sean diferentes, tal vez quepa hablar, en quinto lugar, del instinto ambivalente que juntos forman el *impulso de agresión* y la *tendencia a la socialidad*. Neurofisiólogos y etólogos –bastará mencionar, entre éstos, el nombre de K. Lorenz– estudian hoy con ahínco las estructuras y las manifestaciones de la agresividad animal, en alguna medida extrapolables a la conducta humana. En la agresividad intervienen factores temporolímbicos, hipotalámicos –acción excitadora del hipotálamo posterior y acción inhibidora del núcleo ventromediano– y amigdalinos. Fernández Molina se ha destacado, entre nosotros, en la detección de este papel de la amígdala y el hipotálamo, y Rof Carballo ha señalado la importancia de ambas formaciones en la configuración psicoorgánica y psicosocial –con la relación madre-niño en primer término– del doblete etológico violencia-ternura.

El «instinto social» de no pocas especies animales, ya atentamente estudiado por Darwin, es una de las bases de la actual sociobiología (E. O. Wilson). No parece impertinente considerar la biología de la agresión y la biología de la socialidad como reverso y anverso del nexo orgánico y psíquico que relaciona al individuo humano con el grupo social a que pertenece.

f. *La mudanza vital*

No en último lugar deberían ser nombradas las estructuras orgánicas y psíquicas que presiden y ejecutan la tendencia, indudablemente instintiva, a la *mudanza vital:* el hecho de que el organismo animal –y como él, humanamente,

el organismo humano– se sienta interiormente impulsado a pasar de un estado vital a otro, cuando el primero de ellos se prolonga durante un tiempo más o menos largo. Bien podría hablarse de un *instinto del cambio*, operante cuando sentimos el deseo de convertir el reposo en actividad, aunque los estímulos exteriores apenas concurran a ello, o la actividad en reposo, incluso en situaciones vitales en que la fatiga no es perceptible. A partir de Olds y Milner, no son pocos los investigadores –Schachter, Pribram, tantos más– que vienen estudiando la neurofisiología de la *motivación*. Olds y Milner han descrito la estructura cerebral en U –curva: neuronas comprendidas entre los cuerpos mamilares y los núcleos interpedunculares del hipotálamo; ramas: fascículo mediano del telencéfalo, hipotálamo lateral y estructuras terminales de ese fascículo en el área septal y en la amígdala; posible existencia de puntos positivos en el área prefrontal– del sistema neural que actúa en la puesta en marcha de las motivaciones; a las cuales pertenece básicamente, a mi juicio, la pulsión instintiva hacia el cambio vital. No menos explorado por los neurofisiólogos –punto de partida: los clásicos experimentos de Pavlov y su escuela acerca del condicionamiento de la respuesta refleja– está siendo el *refuerzo* de la motivación y del comportamiento mediante la acción placentera de estímulos gratificantes.

3. Las estructuras de la energía voluntaria

Analógicamente, como en el caso anterior, cabe por fin hablar de la «energía voluntaria» de la persona o de la condición más o menos «enérgica» de su carácter, como momento impulsor de los actos humanos, en el alto sentido que a la expresión «acto humano» daba la vieja psicología. Que todos nuestros actos deliberados y libres, hasta aquellos en que no pasa de ser íntimo e inexpreso el ejercicio de la libertad –por ejemplo: querer el bien o el mal de una persona ausente– se realizan orgánicamente en el seno de nuestro cerebro, no puede ser objeto de duda, aunque todavía distemos de saber lo suficiente acerca de la neurofisiología del ejercicio de la voluntad. Que el acto íntimo de la decisión, como origen de toda acción verdaderamente libre, es y tiene que ser también psicoorgánico, y comportar, por tanto, cierta actividad cerebral, es para mí cosa evidente. Algún día podremos hablar con suficiente conocimiento de causa de la neurofisiología y la neurofisiopatología de la actividad voluntaria y de la decisión; en ese sentido se mueven las investigaciones de Pribram y no pocos más sobre la actividad cerebral en la motivación y en el pensamiento. ¿Quiere esto decir, sin embargo, que la decisión y la libertad no sean sino actividades puramente orgánicas, y por tanto íntegramente referibles a la estructura y la dinámica del organismo? No lo creo. El cerebro co-realiza y condiciona la ejecución del acto libre, pero ni lo causa, ni por sí mismo permite explicarlo, como tampoco puede por sí mismo causar ni explicar la condición genuinamente personal y humana de nuestro pensamiento. ¿Hay algo en la realidad del hombre que no sea estructura energético-material? ¿Cómo lo que no sea estructura energético-material puede influir sobre la actividad de ésta?

¿Cuál es la realidad propia de «lo psicoorgánico humano»? Mi propósito de moverme no más que en un plano fenomenológico y descriptivo me exime de abordar el tratamiento filosófico de tan arduas y sutiles cuestiones, cuyo carácter últimamente enigmático envolverá siempre los hallazgos de los neurofisiólogos y las especulaciones de los filósofos acerca de la realidad del acto libre (6). No será necesario añadir que la cuestión se complica de manera notable con la existencia de voliciones subconscientes e inconscientes.

IV. LAS ESTRUCTURAS SIGNITIVAS

Para que el hombre cumpla adecuadamente su condición itinerante es necesario que sepa a dónde se dirige. Luego estudiaremos cómo lo hace. Mas también es preciso que en todo momento pueda tener noticia del cambiante estado de su realidad respecto de la meta hacía la que camina y del no menos cambiante estado del mundo en que existe y se mueve; tal es la función que cumplen sus estructuras psicoorgánicas signitivas o señaladoras. Con ellas, el mundo se hace signo y la vida se hace vivencia, a la cual la persona percipiente –con posibilidad de errar, por supuesto– siempre atribuye una significación orientadora.

En la diversa y unitaria totalidad funcional que constituyen las estructuras signitivas deben ser discernidas las siguientes: la conciencia psicológica en cuanto tal; la percepción de la situación en el espacio; la percepción de la situación en el tiempo; la memoria como actividad signitiva; la conciencia de la propia identidad; la conciencia moral; la conciencia del estar, de la emoción y del dolor; los sueños, en tanto que fenómenos signitivos; la inteligencia simbólica como actividad signitiva.

1. La conciencia psicológica

Hay que romper abiertamente con la concepción de la conciencia psicológica como una suerte de pantalla o ámbito secreto en que se refleja o acontece la vida psíquica del sujeto. La conciencia debe ser más bien entendida como un modo de ser de ciertos actos psicoorgánicos (Zubiri), por obra del cual pueden darnos noticia de lo que respectivamente son, y por tanto de cómo existimos; modo de ser que depende de la intensidad de esos actos (un movimiento peristáltico normal es inconsciente; pero si se intensifica, llegará a hacerse consciente bajo forma de molestia localizada), de su localización (recuérdese la ley

(6) ¿Es posible una solución no monista y no dualista del añejo problema «cuerpo y alma»? hacia ella –teniendo en cuenta, por supuesto, las connotaciones transmundanas inherentes a otro abismal problema, éste religioso: el que expresa la fórmula «muerte y resurrección»– se mueve la metafísica de Zubiri. Para lo tocante a la radical unidad real del organismo y la psique del hombre –por tanto, al carácter sentiente de la inteligencia, tendente de la voluntad y afectante del sentimiento–, véase «Biología e Inteligencia», de I. Ellacuría.

de las «energías específicas de los sentidos», de Joh. Müller), de la atención que prestamos al acto de que se trate (inconsciencia por inadvertencia) y de su relación con las normas sociales y éticas que han presidido la formación del sujeto (procesos inconscientes por represión; inconsciente freudiano). Todo lo cual quiere decir que el modo de ser de un acto orgánico o psíquico puede actualizarse de manera plenamente consciente (conciencia psicológica en sentido estricto) y de manera más o menos subconsciente o inconsciente. Que el inconsciente sea entendido como enseña la ortodoxia psicoanalítica, o según las ideas de Janet o las de Kohnstamm, o conforme a lo que propusieron Schilder (concepto de la «esfera de la conciencia») y Kretschmer (concepto de «hiponoia»), es tema que no debe ocuparnos aquí. Sí debemos tener presente, en cambio, la estrecha, esencial relación que existe entre la conciencia y el estado vigil. La claridad de conciencia, con sus diferentes grados, desde la lucidez al embotamiento, es el momento psíquico de dicho estado; y su momento orgánico se halla principalmente constituido –aparte la operación de ciertos elementos humorales y endocrinológicos: piénsese en la acción de la secreción tiroidea sobre la vigilia– por la formación reticular bulbomesencefálica (Magoun y Moruzzi), en relación transaccional con amplias zonas del córtex cerebral (7). Tal es, en líneas generales, el fundamento neurofisiológico de la atención intensa y de la reacción de alerta, tan asiduamente investigada por la neurofisiología reciente y tan bien estudiada, con intención abarcadora y sistemática, en varias publicaciones de Rof Carballo.

Los llamados «contenidos de conciencia» son, pues, los diversos actos psicoorgánicos que han llegado a hacerse conscientes. En los apartados que subsiguen serán concisamente examinados los modos típicos que en ellos parecen principales.

2. La situación en el espacio

Para hacer adecuadamente mi vida necesito saber, entre otras cosas, dónde estoy, cómo y en qué lugar del espacio donde vivo –mi casa, mi ciudad, tal o cual lugar del campo o del bosque– se halla mi cuerpo. Trátase de una función

(7) Dos son los modos cardinales de las funciones del cerebro: el «específico» o de localización (áreas corticales sensoriales y motoras, núcleos subcorticales) y el «inespecífico» o de totalidad (ése en cuya virtud el encéfalo actúa como un todo). Como neuropatólogos, así enseñaron a ver la actividad encefálica Jackson, von Monakow y Goldstein. Tres son, según Zubiri, las líneas en que se diversifica la actividad «totalizadora» del cerebro humano: abre el organismo a la actividad psíquica superior (pone en la situación de tener que inteligir, de tener que optar y de tener que interpretar la realidad de los sentimientos), mantiene en acto esa actividad (principalmente, mediante el sistema reticular) y constituye un momento intrínseco y formal de todas las acciones psíquicas: da a éstas «el perfil de su ámbito (mayor o menor amplitud, o mayor o menor actividad mental), un determinado ritmo (que en casos patológicos puede ser un pensamiento forzado), una capacidad mayor o menor de esfuerzo, una mayor o menor facilidad, una cierta selección de los objetos, un cierto modo de habérnoslas con ellos, etc». Las neuronas de axón corto, tan abundantes en el cerebro del hombre (Cajal), deben de tener importancia decisiva en la «totalización humana» de la actividad cerebral (Zubiri). Véase «Biología e inteligencia», de I. Ellacuría. Los hallazgos de Sperry, de los que se hablará luego, abonan esta concepción de la actividad del cerebro.

compleja, indisolublemente unida a la actividad memorativa, intelectual, etc.; pero ello en modo alguno excluye la posibilidad de describir particularmente las estructuras y las acciones psicoorgánicas que permiten su realización.

a. *Percepción del mundo exterior*

Debe ser considerada en primer término la *percepción del mundo exterior.* Los órganos de los sentidos constituyen ahora la vía regia para nuestra orientación en el espacio. Cuando se nos hace consciente la actividad propia de dichos órganos, cada uno de ellos nos manifiesta una determinada cualidad real de la cosa percibida en tanto que percibida –el ojo, su presencia; el oído, su noticia; el olfato, su rastro; el gusto, su condición fruitiva; el tacto, la nuda presentación resistente o excitante de su realidad (Zubiri)–; pero todos coinciden en una misma virtualidad radical, la de hacernos patente la existencia del mundo exterior y el modo de nuestra situación en él.

Esta experiencia básica y, sobre ella, la correspondiente al sentido en cuestión, intensificada cuando la persona pone en la actividad perceptiva especial atención –paso del ver al mirar, del oír al escuchar, del oler al olfatear, etc.–, constituyen el momento psíquico de la estructura signitiva sensorial. En el caso de la vista, por ejemplo, y tras el acto consciente-inconsciente de la decisión de mirar, con el cual la mera sensación se convierte en percepción cabal, psíquicas son las vivencias de los distintos momentos que se integran o pueden integrarse en la visión: la percepción de la luz y del brillo, de la forma, del relieve, de los intervalos temporales, del movimiento, de los colores, la estimación de la distancia. De este momento psíquico son anverso orgánico las formaciones neurales que desde el ojo llevan a la corteza occipital la huella orgánica del estímulo luminoso (8). Dígase otro tanto, *mutatis mutandis,* en el caso de los restantes sentidos. A la región parieto-témporo-occipital del hemisferio derecho está atribuida –en los sujetos manidextros– la coordinación central de todos los datos sensoriales relativos a la orientación en el espacio. Pero la descripción del momento orgánico de estas estructuras no quedaría completa sin la mención de las formaciones cerebrales que hacen posible y regulan la coloración afectiva de la percepción misma –percepciones gratas o ingratas–, y por tanto las vías que ponen en conexión los centros sensoriales de la corteza con el sistema neural de la actividad afectiva: área límbica, córtex entorrinal, hipocampo, núcleos septales y mediodorsales del tálamo (Nauta).

Sería un error, sin embargo, considerar a la percepción del mundo exterior como una actividad más o menos independiente del resto de las que ejecuta nuestro psicoorganismo. Aparte la ya mencionada conexión entre ella y la afectividad, es preciso tener en cuenta la que de tan esencial modo la vincula

(8) Todas, desde la retina hasta la corteza occipital. Sería un error pensar que es «en» el área calcarina «donde» la estimulación nerviosa de la retina se convierte en percepción. El sentir y el inteligir van unitariamente juntos desde la retina. La llegada del estímulo al área calcarina no señala el «donde» de la percepción, sino su «cuando», como la última palabra de una frase otorga a la frase entera el sentido que quiere darle quien la escribe (Zubiri).

con el movimiento, descrita por V. von Weizsäcker bajo el nombre de «círculo figural» (*Gestaltkreis*). Observemos a un gato jugando con una pelota. Para ello, como es obvio, tiene que verla. Pero su percepción de la posición de la pelota depende, obviamente también, del movimiento a que antes la han sometido las patas del gato; y tal movimiento, a su vez, de la anterior percepción de aquélla. Entre la «percepción de lo que movemos» y el «movimiento de lo que percibimos» hay, pues, una vinculación circular, el círculo figural, concepto que debe ser ampliado a la general dinámica de la relación organismo-mundo. El círculo figural queda roto por la fatiga y el hastío (tanto en el animal como en el hombre) o por la decisión (sólo en el hombre).

b. *Estado espacial del cuerpo propio*

A la percepción de la situación en el espacio pertenecen asimismo como partes esenciales las sensaciones que dan noticia del *estado espacial del cuerpo propio*: las sensaciones propioceptivas de los miembros y la cabeza, el sistema auditivo y cerebelar del equilibrio y el dato perceptivo, a la vez consciente e inconsciente, que desde Schilder llamamos «esquema corporal», la noticia habitual de la existencia y de la mutua disposición espacial de las partes no viscerales del organismo. La correcta percepción del esquema corporal se halla básicamente ligada a la integridad de la región parietal posterior. Las lesiones del hemisferio derecho dan frecuentemente lugar a trastornos del esquema corporal del lado izquierdo. Las del hemisferio izquierdo los producen con frecuencia mucho menor, y en todo caso con carácter bilateral.

3. La situación en el tiempo

Es evidente que en la percepción de nuestra situación en el tiempo intervienen factores pertenecientes a nuestra experiencia del mundo cósmico (paso del día a la noche y de la noche al día, marcha del reloj) y del mundo social (aspecto y conducta de las personas que nos rodean, fechas especialmente notorias); datos todos ellos sobre los que ulteriormente opera nuestra actividad intelectiva. Pero no menos evidente es que entre los contenidos de la conciencia y la subconsciencia –recuérdese, por lo que a ésta atañe, cómo la obligación de despertarnos a determinada hora actúa en nosotros durante el sueño– se halla la noticia, imprecisa tantas veces, equivocada con frecuencia, de los tres modos cardinales con que la fluencia del tiempo se nos presenta: el *tiempo en que se está*, tiempo cronométrico o cósmico, ése al cual nos referimos al preguntar «¿En qué año o en qué día estamos?» o «¿Qué hora es?»; el *tiempo en que se vive* o tiempo histórico-biográfico, la relación entre el tiempo cronométrico y el curso de nuestra propia vida, por tanto el resultado de combinarse entre sí la conciencia de nuestra situación histórica (por ejemplo: español de 1982) y la conciencia de nuestra instalación temporal en ella (la oportunidad o *kairós* en que biográficamente y respecto de esa situación uno se halle); el

tiempo que se vive o tiempo íntimo, el modo como para nosotros transcurre temporalmente nuestro personal vivir, ese *temps vécu* que tan finamente estudió hace años, psicologizando a su maestro Bergson, el psiquiatra E. Minkowski.

Pues bien: tan diverso conjunto de actividades signitivas, psíquicas en su apariencia más inmediata, no podría ser ejecutado sin la oportuna intervención del cerebro, precisamente en su condición de órgano «trabador del tiempo» (*time-binding*, en expresión de Pribram), y sin la consiguiente intervención de tres acciones conexas entre sí: la conservación memorativa de una parte de los eventos en que se ha ido realizando nuestra propia vida; la advertencia de cómo se sitúan en nuestro propio tiempo –en el avance de nuestra edad, en el curso de nuestra biografía– los eventos memorativamente retenidos y conservados; la simultánea conciencia de nuestra propia y cambiante fluencia y de nuestra propia y sucesiva identidad, esto es, el hecho de ir siendo cada uno de nosotros *idem sed aliter*, en el sentido que los filósofos han dado a esta vieja fórmula. Las dos primeras acciones reciben el nombre de «memoria»; la tercera, sin la cual la memoria no sería lo que para el hombre es, aunque fenomenológicamente parezca ser cosa distinta, pertenece más bien al apartado subsiguiente.

Basta lo dicho para advertir que en la actividad memorativa pueden ser discernidos modos muy distintos entre sí. Por una parte, los concernientes a la índole de lo recordado: la memoria de imágenes sensoriales (el rostro de una persona, la secuencia de una escena infantil, la melodía de una canción); la memoria de hábitos, bien motores (la acción de encender un fósforo), bien mentales (la regla para extraer la raíz cuadrada); la memoria de conceptos y significaciones (qué fueron para Aristóteles la sustancia y el accidente, qué significa el número π); la siempre más o menos vaga memoria de algunos estados emocionales (el dolor que subsiguió a la recepción de una noticia penosa). Por otro lado, los modos relativos al proceso de la actualización memorativa, el reconocimiento de lo ya percibido y la evocación voluntaria. Por otro, en fin, los dependientes del lapso temporal transcurrido entre el momento de la percepción o el aprendizaje de lo que se recuerda y el momento de recordarlo: la memoria a corto, medio y largo plazo.

Las múltiples posibilidades de combinación que ofrece la tabla precedente, a las cuales es preciso unir las que depara el hecho de que la memoración puede ser involuntaria (de una manera aparentemente espontánea, a veces recuerdo algo que no deseo recordar), voluntaria (quiero recordar la ley de Dulong y Petit y la recuerdo) e inconsciente (en mi cerebro conservo huellas del pretérito de cuya existencia no alcanzo a tener noticia en condiciones normales: experimentos neuroquirúrgicos de Penfield, suscitación de recuerdos pertenecientes a un pasado «perdido» por excitación eléctrica de la corteza temporal), así como la existencia –tantas veces no clara y distintamente vivida– de una adscripción de lo recordado al yo de la persona (el hecho íntimo de que lo recordado sea a un tiempo «mi» recuerdo y recuerdo «de mí»), hacen extremadamente difícil el establecimiento de una teoría de la memoria satisfactoriamen-

te fiel a los datos que ofrecen la psicología, la neurofisiología y la neuropatología. Sabiendo ya tanto acerca de la actividad memorativa, todavía distamos mucho de saber lo necesario. Ello, sin embargo, no impide ordenar el amplio y diverso saber actual en dos apartados, correspondientes a los dos principales modos del lapso temporal entre la percepción y el recuerdo.

a. *La memoria a corto plazo*

Supuesta la atención del sujeto hacia una determinada sensación –hecho que por sí mismo plantea un profundo enigma: cómo la libre voluntad puede orientar la atención precisamente hacia ese campo perceptivo y no hacia otro–, la posibilidad de evocar a corto plazo, esto es, al cabo de segundos o minutos, el correspondiente dato mnémico, depende del establecimiento de circuitos neuronales reverberantes, que parten del área cortical más directamente afectada por la sensación de que se trate, se extienden en bucle hasta las áreas parasensoriales vecinas y llevan consigo alteraciones químicas y eléctricas en las correspondientes sinapsis. Hay razones experimentales y neuroquirúrgicas para asegurar que en la conservación inmediata de las percepciones así retenidas intervienen en cadena dos eslabones cerebrales: uno hipocámpico-mamilar, acaso extendido hasta el hipotálamo posterior, e integrado el otro por los tubérculos mamilares, el fascículo mamilo-talámico de Vicq-d'Azyr y la parte interna del tálamo. La lesión bilateral de cualquiera de ellos determina la imposibilidad de adquirir recuerdos «nuevos». La memoria del sujeto queda limitada, pues, a su vida anterior a la lesión. Si ésta recae sobre el segundo eslabón, es frecuente la aparición de falsos reconocimientos.

b. *La memoria a largo plazo*

Más complicados son los procesos neurofisiológicos y psicológicos que lleva consigo la memoria a largo plazo, tenga ésta su materia en una sensación (el recuerdo de la casa en que el sujeto pasó su infancia) o en una significación (la noción mecánica de la inercia o la idea del hombre como microcosmos). Es evidente que este tipo de memoria no sería posible sin la existencia de huellas permanentes –engramas– en determinados lugares del cerebro; no obstante la génesis, la estructura, la consolidación y la actualización de tales huellas todavía no han podido ser objeto de una explicación unitaria y global. De forma muy esquemáticamente considerada, la actual investigación neurofisiológica parte de un aserto inicial, que la constitución de la huella mnémica concierne principalmente a la dinámica de las sinapsis, y se mueve según tres líneas principales:

1.ª El aprendizaje y la consiguiente fijación mnémica de las imágenes y los hábitos aprendidos llevan consigo un considerable desarrollo de las dendritas sinápticas en la región cerebral correspondiente a la índole de lo que se apren-

de. Parece asimismo probable que en este fenómeno de la proliferación sináptica tenga la oligodendroglia alguna intervención.

2.ª La proliferación sináptica memorativa y la actividad de las conexiones neuronales subsiguiente a ella comportan necesariamente algunos procesos biomoleculares. Por lo menos, dos: uno relativo a las sustancias neurotransmisoras, sin las cuales no sería posible el incremento de dicha actividad, y tocante el otro al sustrato material del engrama. El ARN, agente principal en la síntesis de las proteínas homoespecíficas, cuyas oscilaciones cuantitativas son tan notables en las zonas cerebrales afectadas por el proceso del aprendizaje, parece ser, como dice Pribram, «la molécula genética de la memoria». En cualquier caso, si los engramas se hallan constituidos por macromoléculas proteínicas clonalmente determinadas, capaces, por tanto, de transmitir la habilidad aprendida cuando se las transfunde de un animal a otro, o si el sustrato neuroquímico de la memoria tiene una complejidad mayor, es todavía cuestión abierta.

3.ª La integridad de los dos principales procesos memorativos –almacenamiento y recuperación de lo recordado– exige, en fin, la intervención de amplias zonas del cerebro: circuito de Papez, sistema límbico, áreas prefrontales y parietotemporales. A lo cual es preciso añadir, después de las investigaciones de Sperry sobre las consecuencias neurales y psíquicas de la sección quirúrgica del cuerpo calloso, la actividad propia de cada uno de los hemisferios cerebrales.

La dinámica de la memoria supone, en suma, una estructura a la vez orgánica y psíquica, hacia cuyo cabal conocimiento avanzan por igual la investigación psicológica y la investigación neurofisiológica. Pero aunque los progresos en uno y otro campo hayan sido muy valiosos, no es poco lo que todavía falta para la edificación de una teoría comúnmente aceptada acerca de toda la actividad memorativa. Sea cualquiera el resultado a que se llegue, algo, sin embargo, habrá de ser tenido en cuenta: que la función de la memoria es básicamente signitiva; que los signos por ella ofrecidos nos ilustran acerca de nuestra cambiante situación en el tiempo personal (el subyacente al curso de cada biografía) y en el tiempo de nuestro mundo (los cambios en la estructura y en el contenido de éste); que, en cuanto que lo recordado es a la vez «mi» recuerdo y recuerdo «de mí», la memoria está constantemente sirviendo al mantenimiento sucesivo de la conciencia y la subconsciencia de nuestra propia identidad; que, en consecuencia, resulta excesivamente dilemática la dicotomía bergsoniana entre la «memoria de repetición» o fisiológica y la «memoria de duración» o «memoria pura», esta última considerada como la específicamente humana. En el reconocimiento de la casa en que nací, al cabo de muchos años de no verla, hay a la vez repetición y duración.

Mas no sólo orgánica, psíquica y personal es la actividad memorativa; también es social e histórica. Hay, pues, una sociología de la memoria, porque la adscripción a un determinado grupo social influye tanto en lo que se recuerda como en la manera de recordar, y una historia de ella, porque la función y el

modo del recuerdo –tanto del individual como del colectivo– varían a lo largo de los siglos. Muy sugestivo sería el estudio metódico de uno y otro tema.

4. La propia identidad

Necesariamente mencionada en el apartado precedente, apartado propio exige la percepción de nuestra propia identidad, de nuestro *self* personal, aun cuando el conocimiento de su indudable realidad sea hoy por hoy más bien psicológico y fenomenológico que experimental y neurofisiológico. ¿Quién negará que los cuadros psiquiátricos de la llamada «despersonalización» tienen su causa en un desorden cerebral, por desconocido que éste nos sea?

Psicológica y fenomenológicamente, la conciencia de la propia identidad tiene su más simple expresión verbal en dos asertos: «Yo sigo siendo el mismo que era» (declaración de lo que en mi «yo mismo» es constante) y «Yo sigo siendo el mismo, pero de otro modo» (declaración de lo que en mi «yo mismo» ha ido cambiando); expresiones en las cuales la «realidad» del que habla, su persona, se convierte en su «ser», en su realidad como yo (Zubiri). El quijotesco «Yo sé quien soy», ontológicamente referible a la afirmación, sólo en apariencia tautológica, «Yo soy yo» –véase el análisis que de los dos yos del apotegma orteguiano «Yo soy yo y mi circunstancia» ha hecho J. Marías en *Ortega. Circunstancia y vocación*–, se concreta psicológicamente en un «Yo sé que soy así», y por tanto en el elemento de la intimidad personal a que en páginas ulteriores daremos el nombre de «idea de sí mismo». Corriente arriba del tiempo histórico, la misma concreción se produce si desde la consigna ontológico-personalizadora de Fichte, «Llega a ser *el* que eres», el yo como «quién», se pasa a la consigna ontológico-objetivadora de Píndaro, «Llega a ser *lo que* eres», el yo como «qué». Pues bien: a la serie de los actos psíquicos en que cobran realidad factual la conciencia de aquellos asertos y la ejecución de estas consignas tiene que corresponder, como momento orgánico, la actividad de las diversas estructuras cerebrales cuya alteración patológica –destructiva, tóxica, neurótica o psicótica– da origen a los diversos cuadros sintomáticos de la despersonalización o, más ampliamente, a las perturbaciones de la conciencia de la propia personalidad. Desde un punto de vista antropológico, el gran acierto literario de Stevenson en su célebre novela *Dr. Jekyll and Mr. Hyde* consistió en haber llevado a su límite la psicofisiología y la psicopatología de las oscilaciones que en la conciencia de su propia identidad puede experimentar una persona. En el mismo sentido hay que interpretar no pocos textos unamunianos, muy especialmente el patético diálogo entre el personaje-persona Augusto Pérez, protagonista de *Niebla*, y el autor que como tal personaje le creó. El mismo trance místico –quiero decir: las modificaciones de la conciencia de la propia personalidad que el trance místico lleva consigo– sería antropológicamente incomprensible sin tener en cuenta lo que acaece en el cerebro y en el cuerpo entero de la persona que lo vive. En el análisis de la experiencia religiosa, como en el de cualquier actividad humana, tan rechazables deben ser las

explicaciones «puramente materialistas» como las interpretaciones «puramente espiritualistas» (9).

5. La conciencia moral

Estructura psicoorgánica de carácter signitivo es también la conciencia moral, en cuanto que revelación íntima –«voz de la conciencia», solemos llamarla– de la relación existente entre la intención y el contenido de nuestras acciones, por una parte, y el sentido de nuestras convicciones éticas, por otra. Por debajo de su tan notoria modulación biográfica, social e histórica, nada más obvio que el carácter psicológico, psicológico-ético, si se quiere, de la conciencia moral; nada más evidente, por otro lado, que la pertenencia de ella a nuestra más rigurosa intimidad; pero sin la existencia de una determinada alteración cerebral –aunque hoy por hoy estemos lejos de conocerla con la precisión deseable; es probable que en ella intervengan ambos lóbulos temporales– no podrían ser correctamente explicadas las modificaciones que experimenta bajo la acción de ciertos tóxicos, como el alcohol, los estupefacientes y el ácido lisérgico, y en personas largo tiempo maltratadas en campos de concentración (atroz fue, a este respecto, la experiencia de Auschwitz y Dachau), y en los enfermos de la perturbación psíquica que los anglosajones llaman *moral insanity*. También desde este punto de vista deben ser planteados dos arduos problemas antropológicos: si existe y en qué consiste una «moral natural».

6. La conciencia del estar, la emoción y el dolor

Designo así la estructura psicoorgánica en cuya virtud el hombre adquiere la conciencia de estar siendo y viviendo en una situación y un momento determinados; por tanto, de su «estar». La neta distinción semántica que los hispanohablantes hacemos entre «ser» y «estar», por un lado, y la existencia en nuestro idioma de las palabras «bienestar» y «malestar», por otro, nos permiten el empleo del infinitivo sustantivado «el estar» para designar el sentimiento básico de nuestra instalación en la realidad; sentimiento que se concreta y realiza bajo forma de «bienestar», en la acepción más elementalmente psicoorgánica del término, ésa a que ambiciosamente alude la definición de la salud propuesta por la OMS, o de «malestar», cuando éste es referido a la vivencia del cuerpo propio, o de ese indeciso estado del organismo y la psique que, dando general sentido antropológico a un conocido concepto de la ética estoica, bien podríamos denominar «adiaforía del estar»: el modo indiferente o intermedio, ni franco bienestar, ni claro malestar, de vivirnos a nosotros mismos.

(9) Sobre las vicisitudes de la conciencia de la propia identidad en la actual situación crítica del mundo occidental, véase J. L. L. Aranguren, *Imagen, identidad, heterodoxia* (Madrid, 1982). La condición psicoorgánica de la realidad y la conciencia de la propia identidad aparece muy nitidamente en la visión de la adolescencia como un pasajero proceso de despersonalización, que hace años propuso F. Marco Merenciano.

Desde hace siglo y medio reciben los nombres de *Gemeingefühl* y cenestesia –definida ésta en nuestro diccionario oficial como «sensación general de la existencia del propio cuerpo independiente de los sentidos y resultante de la síntesis de las sensaciones, simultáneas y sin localizar, de los diferentes órganos, singularmente los abdominales y torácicos»– la actividad y la percepción de tal estructura signitiva; la cual, como todas las humanas, posee un carácter simultánea y unitariamente orgánico y psíquico: orgánico, porque se refiere a nuestro cuerpo y tiene neurofisiología propia, cuya zona suprema parece estar constituida por la circunvolución retrorrolándica y la región parietal colindante; psíquico, porque nombra un sentimiento que de un modo o de otro ha llegado a hacerse consciente. A través del bienestar y del malestar, la cenestesia tiene grados y modos; grados que van desde la euforia, bienestar acusado, hasta el dolor, malestar localizado e intenso, y modos que pueden ser de orden cualitativo (malestar nauseoso, malestar deprimente u opresivo, embotamiento, etc.) o de orden localizatorio (malestar gástrico, intestinal, precordial, etc.).

El carácter signitivo del dolor físico se hace especialmente manifiesto cuando es muy perceptible el tránsito desde el simple malestar a la sensación dolorosa bien localizada. En rigor, ese tránsito es la regla, aunque en ocasiones su casi instantánea duración –punta de costado neumónica, *angor pectoris*, etc.– le haga punto menos que imperceptible, y el dolor en cuanto tal parezca ser el primer signo subjetivo del desorden orgánico de que procede. Debe hacerse constar, por otra parte, que el carácter súbito, violento y grave de la sensación dolorosa puede convertir a ésta en señal de muerte inmediata –el «dolor mortal»– y que hay ocasiones en que la pertinacia del dolor quita su originaria condición signitiva al hecho de percibirlo, y le trueca en simple carga penosa, y hasta en tormento que es preciso combatir a toda costa. En páginas ulteriores reaparecerá el tema.

Sobre el fondo del estar –más precisamente: sobre el fondo que ocasionalmente ofrezca un modo y un grado del estar mejor o peor determinados– se nos hacen conscientes los movimientos del ánimo habitualmente llamados «emociones». Dejemos ahora de lado los múltiples problemas psicológicos y filosóficos que hoy plantea el estudio del costado emocional de la existencia humana: distinción psicológica y semántica entre emoción, sentimiento, afección y pasión, relación entre el mundo emocional y el mundo afectivo, esencia y autonomía de las emociones (Scheler, Sartre), teorías para explicar la génesis de éstas, desde la famosa de F. A. Lange y W. James (el movimiento orgánico es anterior a la emoción: «estamos furiosos porque golpeamos, no golpeamos porque estemos furiosos») hasta las ulteriores de M. Scheler y E. Cassirer («la expresión –dice éste– es la emoción convertida en imagen»). Lo único que aquí importa subrayar es, por una parte, el carácter signitivo de la emoción, puesto que en ella y con ella se nos hace patente un estado de nuestra existencia en el curso de su autorrealización y en su relación con el mundo, y por otra su condición a un tiempo psíquica y orgánica, y en consecuencia la índole global y particularizada de su estructura: global, porque algo hay en la realidad psicoorgánica de la persona en cuya virtud ésta es constitucionalmente más o me-

nos emotiva; particularizada, a la vez, porque cada emoción tiene su expresión y su mecanismo propios: la tristeza, el llanto, la vergüenza, el rubor, etc.

Desde las ya clásicas monografías de Papez y Mac Lean (1935-1950), y aun desde los anteriores trabajos experimentales de Karplus y Kreidl, el estudio de la emoción es uno de los temas centrales de la neurofisiología, y ya es saber tópico –entre nosotros, gracias, sobre todo, al libro *Cerebro interno y mundo emocional*, de Rof Carballo– la participación que en la dinámica de las emociones tiene el sistema límbico o rinencéfalo, con sus conexiones hipotalámicas, talámicas y reticulares. Cualitativamente levantada y configurada sobre el fondo del estar, la emoción, en suma, posee una estructura a la que pertenecen momentos psíquicos (el sentimiento de ella), orgánicos (endocrinos y humorales, vegetativos, cerebrales: recuérdese el libro *Emotions and bodily changes*, de Fl. Dunbar) y personales (la aceptación o el rechazo del sentimiento que la manifiesta). Y no menos evidente es su modulación social e histórica (relación cualitativa y cuantitativa entre la emotividad de una persona y el grupo social a que pertenece; cambios cualitativos y cuantitativos de la emotividad en el curso de los siglos y las culturas) (10).

7. Los sueños como dato signitivo

La reflexión mítica o racional acerca del ensueño es, desde luego, sumamente antigua. Aquel a quien interese el tema, comience leyendo la documentada historia de la onirología científica que en su *Interpretación de los sueños* (1900) ofrece Freud. Pero sólo con la publicación de este decisivo libro alcanzará verdadera importancia psicológica y médica la ciencia de los sueños, y sólo desde entonces –sea uno o no sea seguidor fiel del psicoanálisis freudiano– ha adquirido carta de naturaleza en psicología la idea de que el «contenido manifiesto del ensueño», esto es, lo que acerca de él cuenta el que ha soñado, significa algo relativo a la vida consciente e inconsciente de éste. Las imágenes que integran el contenido del ensueño son, pues, signos de los engramas que en el seno cerebral del subconsciente del sujeto ha ido dejando su vida.

Por razones puramente metódicas, puesto que entonces nada serio ofrecía la neurofisiología acerca del correlato cerebral de los procesos psíquicos, Freud construyó una onirología exclusivamente basada en la exploración psicológica de sus pacientes. Hoy ha cambiado radicalmente el planteamiento del problema. La electroencefalografía y la experimentación –baste la mención de este único dato– han permitido descubrir que los sueños se presentan de ordinario en la fase de la inconsciencia hípnica denominada «sueño paradójico», en cuya determinación tienen importancia central el *locus ceruleus* y –dentro de la masa neuronal de éste– la secuencia bioquímica que constituyen la serotoni-

(10) Después de Scheler, la realidad y la psicología de los sentimientos han sido estudiadas por J. P. Sartre (*Esquisse d'une théorie des émotions*, 1939), y entre nosotros, con especial penetración y finura, por C. Gurméndez (*Teoría de los sentimientos*. México, 1981).

na, la acetilcolina y las catecolaminas. Lo cual, independientemente de la doctrina psicológica que se profese, nos hace ver que la actividad onírica es un proceso a la par psíquico y orgánico, mediante el cual la persona recibe signos acerca de su propia oculta realidad. Signos, apenas parece necesario indicarlo, que sólo mediante ulterior interpretación –del propio sujeto o del analista– pueden dar a conocer lo que realmente significan.

8. La función signitiva de los símbolos

No poco se ha escrito acerca de la relación y la diferencia entre signo y símbolo. Del todo impertinente sería aquí una exposición de las distintas opiniones acerca del tema. Para mis fines, bastará con afirmar que, si bien algunos autores utilizan indistintamente ambos términos, conviene sin embargo reservar el nombre de símbolo para la denominación de cualquier dato sensorial –una figura, un color, un sonido– cuya relación con la realidad por él simbolizada sea el resultado de una convención admitida como tal por un grupo humano más o menos amplio, y en consecuencia previamente establecida por la inteligencia y la voluntad de alguien. Así, la bandera roja y gualda es el símbolo de la patria española, la palabra «nieve», el símbolo del agua que en forma de copos blancos cae sobre las montañas, y la letra griega π , el de la relación entre la longitud de la circunferencia y la del diámetro.

Para muchos autores, con el filósofo Cassirer y el neurofisiólogo Pribram a la cabeza, la capacidad de inventar y utilizar símbolos para el conocimiento y el gobierno de la realidad del mundo sería la nota más definitoria de la condición humana. En cuanto que creadora de símbolos, la inteligencia cumple así una función genuinamente signitiva. Signitiva, ¿respecto de qué? Por supuesto, respecto de la realidad a que el símbolo nos refiere: una cosa determinada (los nombres sustantivos), una opinión o un estado de ánimo (los adjetivos y los adverbios), un proceso (los verbos, ciertas fórmulas matemáticas y físicas) o datos del mundo real que, aislados y conocidos mediante el artificio de la observación y la experimentación científicas (por ejemplo, las letras E, m y c en la ecuación $E = mc^2$, o las que intervienen en el análisis factorial de la inteligencia), nos permiten conocer y predecir cómo es y cómo será una parcela de ese mundo. Enumeración ésta que –siguiendo una pauta genéricamente propuesta para clasificar los signos– autoriza a ordenar las relaciones entre los símbolos según tres posibilidades. El símbolo, en efecto, puede relacionarse con otro símbolo (relación sintáctica: entre palabras o entre signos matemáticos o lógico-matemáticos), con el objeto por él simbolizado (relación semántica: la existente entre la cruz y la vida cristiana) o con el sujeto que lo emplea (relación pragmática: la señalización de una carretera).

El símbolo, en suma, es una señal situada a medio camino entre la significación y la expresión; muy claramente nos lo hace ver el lenguaje, máxima obra simbólica del ser humano, por él creada para entender racionalmente el mundo y para racionalmente moverse hacia el logro de ciertos fines. «Gracias

a las manos y a las letras –escribió lúcidamente Galeno– puede el hombre conversar con Hipócrates, Platón, Aristóteles y otros antiguos.» Gracias a los símbolos, añadiremos nosotros, puede el hombre dialogar con sus semejantes y ha podido desintegrar la materia, descifrar la estructura de los genes y pasearse sobre la superficie de la Luna.

Aun cuando el acto de creación, sea su contenido el símbolo, la teoría o la obra de arte, no pueda ser cabalmente entendido en términos de estructura, es decir, aun cuando el hecho de su existencia obligue a admitir en la realidad del hombre la operación de un principio supraorgánico, cualquiera que sea el modo de concebirlo, no menos cierto es que su promoción y su ejecución llevan y tienen que llevar consigo la actividad de una estructura unitaria y simultáneamente psíquica y orgánica. No poco se ha escrito acerca de la psicología de la creación científica y artística; en cuanto a la primera, especial valor para el biólogo y el médico tienen las reflexiones o confesiones de Cl. Bernard acerca de la génesis de la «idea *a priori*» como punto de partida de los descubrimientos experimentales. Menos se ha publicado, y sólo desde hace varias décadas, sobre la neurofisiología de los actos de creación, entre ellos los conducentes a la invención de símbolos capaces de mostrarse útiles y eficaces. El problema –nuestro problema– es: ¿existe una estructura neuropsíquica cuya actividad sea imprescindible para el logro de tal invención? La respuesta es tarea ardua; pero gracias al reciente trabajo de varios neurofisiólogos (Lashley, Pribram y otros; aquel a quien interese el tema, vea la monografía *What makes man human*?, «¿Qué hace humano al hombre?», de Pribram) empieza a perfilarse el papel que el córtex del cerebro frontal y varias formaciones subcorticales desempeñan en el ejercicio de estas importantísimas estructuras signitivas. Y gracias a las resonantes investigaciones de Sperry en sujetos quirúrgicamente comisurotomizados, la importancia especial que en ese ejercicio tiene el hemisferio dominante. No será ocioso recordar a este respecto la ya añeja y antes mencionada idea de Zubiri acerca de la significación de las neuronas de axón corto en la hominización funcional del cerebro.

V. LAS ESTRUCTURAS COGNITIVAS

En tanto que percibido por el sujeto, todo signo lleva consigo cierto conocimiento intelectual de la realidad por él significada. Contra la tesis tradicional de la existencia de dos actos sucesivos, uno sensorial y otro intelectual, en la actividad de inteligir, es preciso afirmar rotundamente, con X. Zubiri, que la inteligencia del hombre es en sí misma sentiente, y que en consecuencia es sólo un acto, a la vez sensible e intelectivo, el que otorga al hombre el conocimiento de cualquier realidad, la del mundo o la suya propia. Hay, sí, actos cognoscitivos en que prepondera su momento sensorial, como la percepción del color verde de una hoja o del carácter frío del hielo, y actos cognoscitivos en que es preponderante su momento intelectivo, como el de entender la verdad del teorema de Pitágoras ante cualquier objeto cuya figura sea un triángulo

rectángulo. Lo cual quiere decir que todos los signos estudiados en el apartado precedente –los que otorgan los órganos de los sentidos y las sensaciones propioceptivas, los que nos ofrece la memoria, los indicadores de nuestro concreto estar, las emociones, el dolor, la buena y la mala conciencia, los sueños, las creaciones simbólicas– no serán tales signos sin una actividad intelectiva del sujeto percipiente; actividad, quiero repetirlo, inherente a la percepción del signo y existente desde el momento mismo en que, a través de cualquiera de esas vías, se nos hace significativa la realidad de que se trate.

Ello no obsta para que la operación de inteligir, más sentiente en unos casos, más intelectiva en otros, sea estudiada en sí misma como una estructura psicoorgánica que, en esencial e indisoluble unidad con cada una de las estructuras signitivas antes diseñadas, constituye y revela lo que el signo tiene de conocimiento. Con otras palabras, cómo nuestro sentir es *a la vez* inteligir (11).

Así entendida, ¿qué es operativamente la inteligencia, en tanto que actividad psicoorgánica *del hombre*? Con intención meramente descriptiva y sugeri-

(11) Después de redactadas estas páginas han aparecido los volúmenes segundo y tercero, *Inteligencia y logos* (Madrid, 1982) e *Inteligencia y razón* (Madrid, 1983), de la magna trilogía de Zubiri acerca de la inteligencia, cuyo primer volumen, *Inteligencia sentiente*, había sido publicado en 1980. A ella deberá acudir el lector a quien interese la visión filosófica del problema de la inteligencia que yo considero más actual y más certera. La concepción zubiriana de la relación entre la inteligencia y la subestructura orgánica de la realidad del hombre ha sido especialmente estudiada por I. Ellacuría en su artículo «Biología e inteligencia». Vea el lector también, acerca del tema, D. Gracia Guillén, «Materia y sensibilidad», *Realitas* II (1976), 203-244, y «Xavier Zubiri», en *Razón y fe* (núm. 1.023, diciembre de 1983), 362-373.

Desde el punto de vista de este libro, e incurriendo, por supuesto, en el pecado que es siempre la esquematización, en la rica y honda teoría zubiriana de la inteligencia pueden ser destacados los siguientes puntos: 1. La intelección humana es una actividad unitariamente psicoorgánica, a la que en la realidad del hombre corresponde la habitud de la inteligencia sentiente. Todo inteligir es sentir y todo sentir es inteligir. Así, la inteligencia visiva está *también* en la actividad de la retina, y el sentir óptico *también* en la corteza occipital del cerebro. 2. En el curso de la evolución cósmica, la inteligencia humana es una radical novedad cualitativa, que aparece tras los niveles «estabilización de la materia» (moléculas), «vitalización de la materia estable» (primeros organismos vivientes) y «animalización del ser vivo» (animales inferiores y superiores). Genéticamente, la inteligencia es la inteligización de la animalidad. 3. Con su ya consignada novedad radical, la inteligencia surge en la animalidad cuando la actividad formalizadora del cerebro (esto es: la capacidad para ordenar los estímulos del medio en áreas distintas, cada una dotada de significación biológica propia) se hace hiperformalización, y el animal (un antropoide, en el *factum* de la evolución de nuestra biosfera) acabaría sucumbiendo si en su conducta no apareciese una actividad nueva: el hacerse cargo de la situación. Las estructuras animales no «producen» la inteligencia humana, pero, llegado este trance, la «exigen». Con lo cual la animalidad queda incorporada a la inteligencia en «subtensión dinámica». 4. El cerebro es la parte decisiva y principal del momento orgánico de la inteligencia. Su desarrollo filogenético es precisamente lo que coloca al animal en la situación de tener que inteligir. Por tanto, abre la vía al psiquismo humano, mantiene la actividad intelectiva y modula en forma varia su ejercicio (por ejemplo, orientando la intelección de la realidad según la peculiaridad propia de cada sentido: representación en el caso de la vista, notificación en el del oído, etc.). 5. La inteligencia sentiente rebasa cualitativamente el nivel del «estímulo», más allá del cual no puede ir el animal, e instala al hombre en la «realidad». Por obra de la inteligencia y de la «impresión de realidad» que ella ofrece, el hombre es un «animal de realidades». Ante cada cosa, sin necesidad de ser filosóficamente consciente de ella, el hombre percibe por vía de impresión tanto lo que específica e individualmente es ella («este caballo real») como lo que inespecíficamente es («cosa real», porción del mundo que posee «realidad»). 6. Vive el hombre, en suma, no en un «medio» suscitador de estímulos, sino en un «mundo» integrado por realidades estimulantes; y de un modo u otro, muy rudimentariamente casi siempre, descubre que la realidad le fuerza a ser; que, operando bajo forma de instancia, recurso, resistencia o amenaza, la realidad es para él última, posibilitante e impelente, le hace existir en «religación», cualquiera que sea el modo de ésta (religión *stricto sensu*, ateísmo o agnosticismo).

dora escribe M. Yela: «Usaremos el término inteligencia para designar el nivel, psicobiológicamente comprobable, al que se desarrolla la conducta de los seres vivos, tanto más alto y expresivo de una mayor inteligencia cuanto la conducta se hace menos *automática* y más *flexible;* menos *inmediata* a la estimulación presente y más *mediata;* menos *repetitiva* y más *innovadora;* menos directamente estructurada en forma de actividades *sensomotoras* y más dependiente de procesos *representativos* y *cognoscitivos;* menos limitada a la resolución de problemas *particulares* y a la obtención de resultados meramente *válidos de hecho* y más cercana al *razonamiento formal,* a la *necesidad lógica* y a la *validez universal,* y, en fin, menos enfocada hacia *respuestas elementales* y *soluciones consabidas* y más dirigida hacia *integraciones y coordinaciones originales y creadoras*».

Inequívocamente alude este texto a la existencia en el animal de modos de comportamiento a los que pueda y deba darse el nombre de «inteligentes». Desde el esquema operativo del «ensayo y error», tan evidente en los infusorios de los viejos experimentos de Jennings, y más aún desde las célebres hazañas inventivas de los chimpancés de Köhler, «inteligencia» es por todos llamada, bien que con expresa o tácita intención analógica, una conducta en la cual el individuo «sabe hacer» lo que conviene a la situación en que biológicamente se encuentra. Pero no menos inequívocamente deja advertir el texto transcrito, y eso es lo que ahora importa, que sólo cuando en el tránsito de ese «menos» a ese «más» se produce un salto cualitativo, es decir, sólo cuando el comportamiento llega a hacerse tan flexible que puede saltar sobre cualquier automatismo y enderezarse hacia la consecución de objetivos no inmediatos y resueltamente innovadores, y cuando la innovación lograda se hace verdaderamente generalizable, por tanto transmisible por tradición y mediante enseñanza, y en definitiva susceptible de mejora –progreso– o de deterioro –regresión–, y cuando la invención de soluciones ocasionales se trueca en genuina creación de obras y recursos que trascienden los datos de la experiencia sensorial en aquel instante vivida, sólo entonces la inteligencia adquiere auténtico y real carácter humano.

El conocimiento intelectual del hombre –dicho de otro modo: lo que es humana intelección en la percepción de un signo– lleva siempre consigo, en mayor o menor grado, y por modo consciente y claro o semiconsciente y oscuro, abstracción, adaptación vital a la situación vivida, raciocinio discursivo más o menos referible a los esquemas de la lógica, universalidad y creación. Poco importa que el acto intelectivo, sensointelectivo, más bien, adopte el modo de la explicación (conocimiento científico-natural de las causas eficientes, de «cómo» y «por qué» ha llegado a ser y debe ser entendida la realidad de que se trate) o el modo de la comprensión (conocimiento científico-personal de las causas finales, del «para qué» y del sentido de la realidad estudiada, cuando tal realidad es el hombre o alguna de sus obras). En uno como en otro caso, la inteligencia sentiente del hombre conoce según las notas más arriba apuntadas y hace que su titular, como dice Zubiri, se haga cargo de su situación y pueda vivir en el mundo de lo real en tanto que real.

Pero al hombre no le es posible inteligir sin poner en acto las actividades psicoorgánicas a que damos los nombres de «creer» y «dudar». Desde William James hasta Ortega –y aun desde antes; recuérdese el estudio del Cardenal Newman sobre el «asentimiento» de la mente humana–, la reflexión filosófica de nuestro siglo ha puesto de relieve el importantísimo papel de la creencia en la vida cotidiana del hombre. Para conocer, para «tener» ciertas ideas, es necesario «estar» en ciertas creencias, escribe Ortega. Dos ejemplos: cuando salgo de mi casa para ir al teatro, doy por cierto –en definitiva, creo– que al llegar yo no se estará hundiendo el edificio hacia el que me dirijo; si un hombre al que considero amigo mío viene hacia mí sonriendo, doy por seguro –esto es, creo– que su sonrisa está expresando esa amistosa disposición suya respecto a mi persona. Pero no se entendería la convicción de realidad que concede la creencia, y por consiguiente su papel sustentador y envolvente en nuestra actividad de conocer, sin tener en cuenta el grande o pequeño coeficiente de duda que el acto de creer lleva siempre consigo. La sentencia de Santo Tomás de Aquino acerca de la realidad psicológica del acto de fe –que éste en alguna medida y de algún modo se parece a los actos de dudar, sospechar y opinar (*S. Th.* II-II, q.2 a.1)– debe ser igualmente referida a las creencias de carácter cismundano. Conocer humanamente es alcanzar cierta verdad mediante nuestra inteligencia –mediante una inteligencia por esencia sentiente–, en el seno del doblete psicológico que forman la creencia y la duda (12).

Dos asertos y un problema suscita, en consecuencia, este rápido examen de las estructuras cognitivas de nuestra realidad:

1. La esencial conexión del conocimiento con las estructuras signitivas del ser humano

Para que el hombre pueda moverse humana y adecuadamente en el mundo, decía yo antes, es preciso que reciba signos de la realidad del mundo y de su propia realidad. Ahora bien: el sentir como signo un aspecto o una nota de cualquiera de ambas realidades es *a la vez* entenderlas intelectualmente, inteligirlas, cualquiera que sea el modo y el grado de tal intelección, porque el sentir del hombre es por esencia inteligente y porque la inteligencia humana es por esencia sentiente. Ver un árbol como tal árbol y escuchar una melodía como tal melodía es, de algún modo y en alguna medida, entender y conocer el mundo; y pensar en la verdad del teorema de Pitágoras es asimismo sentir, siquiera sea tácita y memorativamente, la figura lineal de cualquier triángulo rectángulo. Lo cual no es óbice, como ya indiqué, para –con un criterio puramente metódico– estudiar aisladamente las estructuras cognitivas de nuestra realidad.

(12) Sobre la conversión de la «impresión de realidad» que primariamente concede la inteligencia en «convicción de realidad», y sobre el papel que en este acto desempeñan la creencia, la esperanza y el amor, véase mi ensayo «Creencia, esperanza y amor», en el número de la revista *Cuento y razón* (núm. 11, 1983) dedicado a conmemorar el Centenario de Ortega y Gasset. Al tratar de la intimidad humana y del momento ético del acto médico reaparecerá el tema.

2. La unidad y la diversidad del momento psicológico de las estructuras cognitivas

Básicamente, inteligir es hacerse cargo de la situación en que se vive, en tanto que real. Conocer como manzano el árbol que tengo ante mí es hacerme cargo de que la situación en que me encuentro no me sería inteligible sin tener en cuenta que es un manzano ese árbol y sin saber que el manzano por mí visto y nombrado es una parte del todo real a que pertenece (Ortega). Ahora bien: el acto de conocer inteligiendo, y por tanto la inteligencia con que conozco, cobra de hecho modalidades muy distintas entre sí. Por lo menos, las siguientes:

a. *La modalidad abstractiva*

Mediante la abstracción, la inteligencia segrega del sentir las notas que a juicio del sujeto son esenciales para la cabal intelección de lo sentido. Todo saber abstracto es –o pretende ser– un saber a un tiempo sentido y esencial. Tal es el caso en cualquier definición no meramente descriptiva.

b. *La modalidad adaptativa*

Cuando se atiene a ella, la inteligencia conoce el mundo –o una parcela del mundo– mostrando al sujeto las vías por las cuales puede adaptar ventajosamente su existencia a la situación por él vivida. Así entendió el hombre del paleolítico la realidad que nosotros denominamos «caverna».

c. *La modalidad combinatoria*

Actuando según ella, la inteligencia combina de un modo o de otro datos procedentes de la observación del mundo exterior y los ordena hacia la consecución de un determinado objetivo. Así proceden el jugador de ajedrez, el ingeniero que regula la circulación rodada de una ciudad y el médico que diagnostica especies morbosas mediante la adecuada combinación de los síntomas y los signos físicos recogidos en la exploración.

d. *La modalidad discursiva*

Mediante el discurso intelectivo o «razonamiento», el hombre establece relaciones entre los contenidos de sus diversas experiencias –o entre los elementos de una de ellas– para, por vía deductiva o inductiva, entender más acabadamente la realidad que la experiencia le ofrece. No de otro modo procedió Julius Robert Mayer cuando descubrió la razón por la cual es en los trópicos más roja la sangre venosa, y con ella el segundo principio de la termodinámica. O Serveto, cuando concibió la idea de la circulación menor.

e. *La modalidad inventiva*

Hacerse cargo de la situación es en tal caso descubrir que sólo se puede salir satisfactoriamente de ella combinando de manera inédita y universalmente válida algunos de los elementos que la componen. Inventar soluciones ocasionalmente válidas a determinadas situaciones apremiantes, los chimpancés de Köhler supieron hacerlo. Inventar soluciones con la conciencia de que son permanente y universalmente válidas, por tanto fundadas en la realidad, y en consecuencia susceptibles de transmisión y enseñanza, sólo la inteligencia del hombre es capaz de alcanzarlo. La conversión de guijarros en instrumentos mediante la talla, la obtención del fuego y la invención de la rueda, ese origen tuvieron.

f. *La modalidad creativa*

La invención alcanza su grado supremo cuando llega a ser genuina creación; esto es, cuando la novedad de lo inventado trasciende formalmente todas las posibilidades de combinación de los elementos integrantes de la situación en que se vive. Así «crean» el artista y el filósofo originales, y así los hombres de ciencia cuando llegan al conocimiento de verdades nuevas, a la obtención de realidades o de procesos que no existían en la naturaleza o al descubrimiento de algo –por ejemplo, la doble hélice del ADN– que en la naturaleza estaba secretamente oculto. Recuérdese, por otra parte, lo que en el apartado precedente se dijo acerca de la invención de símbolos para el conocimiento y el gobierno de la realidad.

Estos diversos modos de la actividad intelectiva, tan lícitamente discernibles, pueden darse por separado y con particular eminencia. Hay así hombres que son inteligentes de un modo más abstractivo, o más adaptativo, o más discursivo, o más inventivo. Pero ello no excluye la existencia de una «inteligencia general», capaz de moverse con eficacia por todas y cada una de esas diferentes vías. Cualquiera puede comprobarlo, observando cómo son inteligentes las personas en verdad inteligentes que le rodean.

3. El momento orgánico de las estructuras cognitivas

El carácter sentiente de la inteligencia humana lleva necesariamente consigo que el conocer intelectualmente, el intelígir, sea una actividad psicoorgánica. El hombre intelige con su cuerpo. ¿Sólo con su cuerpo? Seguramente, no; no parece admisible que la invención de la idea relativista del universo y la composición del *Quijote* o de la *Crítica de la razón pura* puedan ser cabalmente explicadas mediante los recursos de la neurofisiología y la biología molecular. Pero, desde luego, con su cuerpo.

Nada más obvio. El crecimiento de la inteligencia humana desde los primeros homínidos hasta el *Homo sapiens sapiens* tiene como base el progresivo incremento de la capacidad craneal y del volumen del encéfalo. Determinadas

lesiones cerebrales, sobre todo las sufridas en la vida intrauterina y durante la infancia, dan lugar a deficiencias irreparables de la capacidad intelectual. Una determinada trisomía cromosómica engendra el mongolismo, y ciertos desórdenes metabólicos dan lugar a la idiocia fenilpirúvica. Estos hechos conducen necesariamente a una pregunta más ardua y sutil: en la actividad cognoscitiva del hombre sano y adulto, ¿cuáles son las estructuras de su organismo –cerebrales, endocrinas, metabólicas– que específicamente entran en juego?

Todavía no es posible dar a esta interrogación una respuesta que podamos considerar satisfactoria. Amplias zonas del córtex de la convexidad, el tálamo óptico, determinados dominios del metabolismo y algunas increciones –baste recordar la afección de la inteligencia en el bocio endémico y en el mixedema– intervienen en el proceso psicoorgánico de la intelección, y por tanto en la configuración formalmente humana de los signos. En lo tocante a la neurofisiología de ese proceso, los importantes hallazgos de R. W. Sperry y sus colaboradores han abierto todo un mundo nuevo. La sutil, amplia y metódica exploración de pacientes a los que con fines terapéuticos se había practicado una sección total del cuerpo calloso ha demostrado, en efecto, que de la actividad del hemisferio cerebral dominante –el izquierdo, en los individuos diestros– dependen la autoconciencia y la ejecución de los actos intelectuales que exigen conceptualización, simbolización, cálculo, expresión verbal, análisis de las secuencias temporales y ordenación lógica de lo percibido; mientras que el hemisferio menor interviene en la percepción y la ejecución de figuras geométricas de configuración unitaria –es el «hemisferio holístico»–, en la captación preintelectiva de los aspectos pictórico y musical del mundo exterior y en el sentimiento de emociones «puras», esto es, no referidas por el sujeto al objeto o a la situación que las ha determinado. En el individuo sano, ambas funciones se suman y complementan, pero en los pacientes comisurotomizados son ejecutadas separadamente. Por lo que a la autoconciencia atañe, no resisto la tentación de copiar el siguiente experimento mental de Eccles: «La mano izquierda (de un sujeto comisurotomizado) empuña inadvertidamente una pistola, dispara y mata a un hombre. ¿Se trata de un asesinato o sólo de un homicidio? Y en cualquier caso, ¿quién lo ha cometido? Tales cuestiones no se plantean si es la mano derecha la que dispara y mata. La fundamental diferencia entre los hemisferios dominante y menor (de lo que por sí solo hace éste, no hay conciencia) se pone de manifiesto a través de un delicado problema moral y legal». Un fascinante campo de posibilidades y promesas se ofrece a los neurofisiólogos sensibles a la psicología y la etología y a los psicólogos y etólogos que sepan no conformarse con la mera descripción de los procesos psíquicos y las conductas.

VI. LAS ESTRUCTURAS EXPRESIVAS

Puesto que la existencia del hombre es coexistencia, y en ésta tiene parte tan principal la relación con las restantes personas, no sería imaginable una

vida humana si su titular no pudiese comunicar a los demás –u ocultarles– cómo siente él su propia vida y qué necesita de ellos para con ellos estar en el mundo. El vivir humanamente exige tanto percibir señales y entenderlas (estructuras signitivas y cognitivas), como poder emitirlas (estructuras expresivas). En rigor, la vida lleva esencialmente consigo la expresión, y a este radical hecho biológico se refería el título del brillante ensayo orteguiano *La expresión, fenómeno cósmico.* Pero el vastísimo fenómeno de la expresión cobra en el hombre un modo a un tiempo específico, el correspondiente a la especie *Homo sapiens*, y personal, el dependiente de la individual personalidad de quien se expresa. Al modo específicamente humano de la expresión, personalizado desde la libre intimidad consciente y subconsciente del sujeto en cuestión, modulado por su peculiaridad psicoorgánica (edad, sexo, raza, biotipo), por su ocasional situación en el curso de su biografía, esto es, por la oportunidad vital del movimiento expresivo, y –obviamente– por los condicionamientos que imponga o depare la situación social e histórica en que ese sujeto exista, pertenecen tres grandes órdenes de estructuras, según la expresión sea voluntaria, involuntaria o inconsciente.

1. La expresión voluntaria

Base estructural de ella –más acá del hondo enigma filosófico inherente a la realización corporal de la libertad– es el conjunto de los mecanismos psíquicos y orgánicos que intervienen en todos los movimientos expresivos consecuentes a una volición libre; o, mejor dicho, en el permanente y cambiante juego entre la expresión querida, la indiferencia expresiva y la ocultación, puesto que en el ejercicio de él vive el hombre cuantas veces se realiza como actor social de sí mismo. La expresión humana voluntaria se actualiza principalmente a través de dos cauces: el habla, cuando la función de ésta es principalmente apelativa (llamar a alguien), notificadora (decir algo a alguien) o sugestiva (persuadir a alguien), porque, cuando su función es nominativa (nombrar una cosa), lo que ante todo hace el habla es simbolizar, y el gesto facial (la mirada, la sonrisa, el fruncimiento de cejas, el guiño, etc.). Pero, en rigor, todas las partes visibles del organismo susceptibles de ser voluntariamente movidas, como el brazo y la mano, la pierna y el pie, los hombros, etc., pueden ser vehículos de expresión.

Tan enorme diversidad en los órganos efectores de la expresión voluntaria confiere al momento orgánico de su estructura la multiplicidad anatómica y motora correspondiente. Ahora bien: esto exige que la volición previa al movimiento expresivo –el acto de querer expresar *tal* cosa mediante *tal* parte anatómica; por tanto, la decisión entre el empleo de un vehículo motor o de otro, suponiendo que ambos sean aptos para hacer comprensible lo que se desea expresar– posea por sí misma un carácter central y unitario, así en el orden psíquico como en el orgánico. En el orden psíquico, la cosa es evidente: vivida o no de manera clara y distinta, carácter unitario tiene la decisión de «querer

expresar tal cosa». En el orden orgánico, el mecanismo central del acto expresivo se halla integrado por dos momentos, uno volitivo, la vía córtico-nuclear, paralela al sistema piramidal, y otro emocional, constituido por los ganglios basales y el área motora suplementaria de Penfield. La lesión de esos ganglios (síndrome parkinsoniano) y de dicha área determina una parálisis facial inferior contralateral, con disminución de la mímica emocional y conservación de la voluntaria. En cambio, la lesión de la corteza motora o de la cápsula interna puede producir, junto a una paresia facial inferior en la motilidad voluntaria, una exaltación de la mímica emocional. De ahí la existencia de alteraciones globales de la expresividad en la sintomatología de ciertas lesiones del cerebro, y la necesidad de pensar en ellas cuando en un cuadro clínico cualquiera se hacen notar desórdenes en la mímica, en la modulación afectiva del habla, etcétera.

La descollante importancia del lenguaje en el ejercicio de la expresión voluntaria obliga a dedicar párrafo aparte a lo que en la compleja realidad del habla posee un carácter netamente expresivo. No todo en ella es, en efecto, pura expresión, y no todo en la expresión verbal es habla o escritura. Husserl habla de las «expresiones en la vida solitaria del alma»; y, por añadidura, ni es principalmente expresiva la intención del habla nominativa (la *Darstellungsfunktion* o «función representativa» del lenguaje, en el clásico análisis de Bühler), ni primariamente lo es la del habla persuasiva o seductora.

Aparte la diversidad en las posibilidades de su intención, el acto de hablar es psicológica y neurofisiológicamente harto complejo. Intervienen en él la relación perceptiva y afectiva con el mundo próximo (aprendizaje del habla durante la infancia), la memoria (almacenamiento y reactualización de los engramas mnémicos correspondientes a palabras y frases), la vida emocional (modulación emotiva de la expresión oral) y, por supuesto, la actividad intelectiva; no contando la ineludible decisión de hablar previa al ejercicio del lenguaje. Ahora bien: suponiendo que tal decisión haya puesto en marcha una elocución intencionalmente expresiva, ¿cuál es y cómo se constituye la estructura psicoorgánica de ésta? Acaso lo más esencial de la respuesta se halle recogido en los siguientes puntos:

a. *El habla*

La definición aristotélica del hombre como «animal dotado de habla» no puede ser hoy admitida sin considerables reservas; y no sólo por el tan obvio hecho de que al lactante no le excluye del género humano su condición de infante o «no-hablante», también, y muy en primer término, porque, según todas las apariencias, el uso de un lenguaje humano propiamente dicho –verbal, no sólo fónico– no comenzó hasta la aparición del *Homo sapiens*, hace como 40.000 años. Desde el orto de los primeros homínidos y durante dos o tres millones de años, los individuos del género humano –dominadores ya de varias técnicas de caza, conocedores del fuego y practicantes de ritos funerarios– se han comunicado entre sí mediante fonemas inarticulados, acaso no muy distin-

tos de los que emiten los antropoides superiores. El problema, por tanto, es: la más primitiva hominización de los prehomínidos, ya desde la conquista de la posición erecta, ¿llevaba consigo disposiciones neurofisiológicas aptas para que ese pre-lenguaje humano se elevase a niveles semánticos esencialmente superiores al de la comunicación meramente fónica de los antropoides? El grito y el gruñido del *Homo erectus* y el *Homo heidelbergensis*, ¿expresaban intenciones y contenidos anímicos a los que ningún antropoide podría llegar?

b. *Génesis del habla*

Desde poco después de su nacimiento, el niño es capaz de emitir fonemas significativos en número considerablemente superior al del conjunto que forman los propios del sistema fónico de la lengua materna. Esta –y, por tanto, la originaria socialización cultural del infante– es aprendida «olvidando» las posibilidades fónicas que no pertenecen a ella. Quiere esto decir que, como sugiere el lingüista Chomsky, todos los seres humanos nacen con una estructura cerebral potencialmente panlingüística, que luego va simplificándose y afirmándose por obra de la socialización y la cultura.

c. *Desarrollo de las estructuras neurofisiológicas del habla*

Los rasgos fundamentales en el desarrollo de las estructuras neurofisiológicas correspondientes al habla adulta son la lateralización, la especialización y la multiconexión.

Desde los tiempos de Broca y Wernicke es bien conocido el relevante papel del hemisferio izquierdo en el gobierno y la ejecución de la expresión verbal. La experimentación neuroquirúrgica ha confirmado ampliamente los resultados de la vieja neurología anatomoclínica: la inactivación del hemisferio izquierdo en los individuos diestros, mediante la inyección de un barbitúrico de acción fugaz en la carótida izquierda, deja transitoriamente afásicos a más del 98 % de ellos; mientras que en los individuos zurdos, la inyección de este barbitúrico en la carótida derecha provoca la afasia transitoria en más del 71 % de los casos.

Este carácter dominante del hemisferio izquierdo en los sujetos diestros ha sido muy original e innovadoramente ilustrado por los ya mencionados hallazgos de Sperry y su equipo. En lo tocante al habla, cabe decir que el hemisferio dominante rige la expresión consciente, ideativa, conceptual, semántica, matemática y lógica del locuente; mientras que el hemisferio menor o «hemisferio mudo» sólo es competente en la producción de los aspectos rítmicos, melódicos y emocionales de la expresión verbal. Naturalmente, en el habla del sujeto normal se combinan completamente ambas capacidades, y en pequeña medida eso mismo sucede, por modo vicariante, en los sujetos comisurotomizados; pero mediante el artificio de la exploración es posible conseguir en tales pacientes el funcionamiento aislado de cada uno de los dos hemisferios, y en tal

caso el hemisferio menor –el derecho, en las personas diestras– «siente» emociones que el paciente no puede «decir».

A la vez que se lateralizan, las estructuras neurofisiológicas del habla se especializan. Sólo durante los primeros años de la vida se inician ambos procesos, la lateralización y la especialización; entre su primero y su segundo año, el niño habla con sus dos hemisferios, y sus «centros» del lenguaje no se hallan tan bien delimitados en su cerebro como en el cerebro del adulto. De ahí la considerable plasticidad del encéfalo infantil –nunca enteramente extinguida en el curso de las edades– ante las lesiones que parcialmente le destruyen. La neurología clásica, con Broca, Wernicke y Pierre Marie, inició el conocimiento de la especialización del sistema nervioso central en lo relativo a la capacidad para el lenguaje; conocimiento que la observación neuroquirúrgica y la experimentación neurofisiológica de las últimas décadas (Geschwind, Penfield y otros) vienen ampliando notablemente.

Pero tal especialización ¿sería fisiológica y psicológicamente comprensible sin la interconexión anatomicofuncional de todas las partes del cerebro que intervienen en el fenómeno del lenguaje humano? Téngase en cuenta que, cuando «habla», el hombre «dice», y esta actividad de «decir» –fugazmente mencionada ya, y más directamente estudiada en páginas ulteriores– exige la intervención de la inteligencia. Lenguaje, cerebro e inteligencia se hallan en tan estrecha conexión, que el aislamiento verbal de un niño durante 12 ó 14 años daña el normal desarrollo del hemisferio dominante y de la capacidad intelectual. Dramáticamente lo demostró así el caso de la niña Genie, aislada por sus padres y privada de toda experiencia lingüística hasta que a los 13 años y medio pudo ser rescatada (Curtiss y colaboradores). Con todo, el aprendizaje pudo reparar algo el inicial déficit lingüístico, intelectual y cerebral.

2. La expresión involuntaria

Conexo con el anterior o coincidente con él, otro conjunto de mecanismos psicoorgánicos rige los actos propios de la expresión involuntaria. En su fino análisis lógico del signo *(Zeichen)*, Husserl niega carácter expresivo, en un sentido riguroso del término, a todos los movimientos carentes de intención significativa, por tanto incomprensibles, como los gestos que a veces, y sin que la persona se lo proponga, acompañan a los estados emotivos internos: la aceleración del pulso o la del ritmo respiratorio, la emisión de lágrimas, etc. Mas, como ya hizo notar R. Allers, tal restricción lógica no tiene por qué ser admitida desde un punto de vista psicológico y médico. Aislada del resto de la conducta del sujeto, la aceleración emocional del pulso es, por supuesto, un fenómeno involuntario e incomprensible; pero considerada dentro de la situación global en que la persona vive y de su total respuesta a ella, la comprensibilidad de ese fenómeno circulatorio no puede ser negada. El movimiento somático acompañante de la emoción se hace así signo de ella, y por tanto expresión involuntaria de su realidad psíquica. El carácter a un tiempo orgánico y psíqui-

co del acto emocional queda bien patente. No puede afirmarse, en cambio, que al momento orgánico de este modo de la expresión corresponda una estructura neurofisiológica central, específicamente propia de la actividad expresiva; la estructura psicoorgánica que se pone en juego no es ahora sino la de la correspondiente emoción. Ante la mirada del observador quedará, eso sí, el problema de entender comprensivamente qué sentido biológico y antropológico puede poseer el hecho de que tales fenómenos acompañantes (circulatorios, respiratorios, secretorios, excretorios, etc.) se den en el cuadro global de la emoción de que se trate.

Algo semejante debe decirse de los movimientos expresivos que se producen de modo forzoso; por ejemplo, la risa de quien se ríe sin el menor deseo de reír, e incluso, a veces, contra la firme voluntad de no reírse. Aunque en el sujeto no haya intención de comunicar a otros el estado hilarante de su ánimo, ¿cómo puede negarse que su risa involuntaria expresa una situación vital de su persona, y que en la intelección de ella han de ser unitariamente integrados el contenido de su psiquismo y el momento orgánico –central y periférico– de su conducta?

3. La expresión inconsciente

Deben ser en tercer lugar considerados los mecanismos psicoorgánicos por los que se pone en acto la expresión inconsciente que en la vida normal, pero sobre todo en la vida patológica, baste recordar el amplio campo de las organoneurosis, hacen simbólicamente expresivo el movimiento de determinados órganos: los «fenómenos de conversión» que describió Freud, el «dialecto de los órganos», de que Adler habla. Que la localización visceral de una neurosis se halle en unos casos determinada por la existencia de «espinas orgánicas» o meiopragias, y sea en otros la consecuencia de una relación inconsciente y simbólica entre el conflicto originario y la función del órgano o aparato que como dolencia le manifiesta, no es cosa que ahora deba ocuparnos. Importa aquí únicamente el hecho de que en el conjunto de las estructuras expresivas de la realidad humana, con sus respectivos momentos orgánico y psíquico, es parte nada baladí la que en el hombre da expresión inconsciente y a veces simbólica a no pocas de las situaciones a que su vida le arrastra. Un nuevo tema para la investigación de los neurofisiólogos del psiquismo y de los psicólogos resueltos a ver la actividad psíquica dentro de la total realidad a que pertenece.

VII. LAS ESTRUCTURAS PRETENSIVAS

Llamo pretensivas a las estructuras psicoorgánicas en cuya virtud el hombre puede proponerse y se propone de hecho los fines hacia los cuales quiere orientar su vida. Pretensivas son, en efecto, porque la pretensión, la tensión

desiderativa y proyectiva en que el futuro deseable pone a la existencia humana –más radicalmente: el modo humano y personal de la tensión «hacia» del dinamismo cósmico (Zubiri)–, es lo que en ellas cobra realidad concreta.

Hay en la vida del hombre muchos cambios ante los cuales resulta absurdo preguntarse por su «para qué»: resbalar accidentalmente y caerse, salir despedido de un automóvil a causa de un choque, ser herido por una bala perdida. Es cierto, sí, que luego de producidos, todos esos cambios orgánicos pueden personalizarse, incorporarse al contenido y a la dinámica de la vida personal de quien los experimenta; ya veremos cómo; pero en la estructura de su determinación factual no es posible descubrir una finalidad, un «para qué». Tienen, por supuesto, fin o terminación, mas no finalidad. En cualquier caso, la inmensa mayoría de nuestros cambios, unas veces de modo consciente y deliberado (el paseo que doy para desentumecer mis piernas), otras de modo inconsciente y automático (el movimiento con que mi mano se aparta de algo que quema), otras, en fin, de modo inconsciente y elaborado (los procesos psicoorgánicos en cuya virtud llega a producirse una organoneurosis), tienen su «para qué», son ejecutados hacia una meta determinada: su fin propio.

Pues bien: como todos los actos a que formalmente llamaba «humanos» la psicología antigua, la autoproposición consciente o inconsciente de fines personales es una actividad a un tiempo psíquica y orgánica, aun cuando tradicionalmente sólo haya sido estudiada como acto psicológico; se trata, en efecto, de un movimiento personal especificado a la vez por la índole del fin autopropuesto –tal proyecto concreto, tal plan de vida– y por la estructura psicoorgánica que en el proceso de la autoproposición intervenga. La neurofisiología no es, no puede ser ajena al estudio y la intelección de la autoproposición de fines, y así han comenzado a demostrarlo los numerosos estudios recientes sobre los aspectos neurofisiológicos de la motivación.

¿Cuáles son esos fines? A mi modo de ver y teniendo primariamente en cuenta la mayor o menor ultimidad del término a que tienden, hay que comenzar distinguiendo los fines últimos y las metas mediatas de la acción humana. Dentro de éstas se inscriben los múltiples propósitos particulares que esporádica o cotidianamente orientan la acción y la conducta del hombre.

1. Los fines últimos

En su apariencia particular, acabo de decirlo, muchos y muy diversos son los fines cuyo logro se propone el hombre en el curso de su vida: estudiar una carrera o ejercer una profesión, conversar con unos amigos, trabajar en un laboratorio, divertirse en un cine o en una discoteca, leer un libro, comer un plato suculento, componer un poema o una sonata, pintar un cuadro, realizar un acto sexual, inyectarse una droga, recluirse en un convento... Mil y mil son posibles. Pero más allá del término intencional de todos ellos y envolviéndolos de manera visible o invisible, dándoles, pues, verdadero fundamento y sentido definitivo, cuatro son –más o menos conexos entre sí en la concreta realidad

de cada hombre y de cada acto– los fines últimos de la existencia humana: el no morir, el fruir, la felicidad y la perfección.

a. *El seguir viviendo*

Salvo los suicidas que aspiran a la aniquilación metafísica –esos que pretenden reducir a la nada su realidad propia; e incluso ante ellos habría que hacerse cuestión de lo que cada uno entiende por la «nada» a que, al parecer, aspira–, el hombre se mueve siempre y básicamente para no morir, para vivir, para seguir viviendo. «No quiero morirme, no; no lo quiero, ni quiero quererlo; quiero vivir siempre, siempre, siempre, y vivir yo, este pobre yo que me soy y que me siento ser aquí y ahora», clama el hombre Miguel de Unamuno en *Del sentimiento trágico de la vida*. Bajo el notorio énfasis expresivo y la apasionada condición personal del autor de esas líneas, la afirmación en ellas contenida –que el seguir viviendo, incluso admitiendo la realidad del impulso tanático, es un ansia constante del alma humana, y por tanto una constante meta oculta en la base de todas nuestras acciones personales– me parece enteramente innegable; y tratándose de la vida, en el sentido fuerte de la palabra, no menos innegable resulta ser la estructura por igual psíquica y orgánica, consciente e inconsciente, de la acción de autoproponérsela. El momento orgánico de tal autoproposición, ¿tiene una localización neurológica –no, por supuesto, un «centro», en la acepción clásica y tópica del término– más o menos compleja y más o menos bien determinada? En mi opinión, sí, y así quedará patente, creo, cuando se llegue a conocer con alguna precisión la neurofisiología de la *acedia* y el *taedium vitae*, el conjunto de las alteraciones orgánicas que necesariamente tienen que producirse para que, cualesquiera que sean sus causas externas y ocasionales –sociales, históricas, biográficas– cobren efectiva realidad tales estados anímicos.

Como es obvio, el fin de «seguir viviendo» tiene como presupuesto –y de ahí el tácito o expreso patetismo con que el hombre se lo propone– la certidumbre de «tener que morir», la seguridad, implícita o explícitamente sentida, de que un día le llegará la muerte. Más aún: la posibilidad de que la muerte le sobrevenga en cualquier momento, y la consiguiente necesidad de contar con ella en la concepción de cualquier proyecto, aunque el brío vital o la vida en la pura cotidianidad tantas veces nos lleven a desconocer ese tan ineludible e invencible horizonte de nuestro existir. Veremos cómo.

b. *El fruir*

Dentro de la finalidad básica y general de vivir, de seguir viviendo, y sobre ella configurada, hállase la de *fruir*. Fruir es gozar tanto del bien deseado como del movimiento conducente hacia él. La actividad de fruir, la fruición, comprende desde luego el goce del placer, pero es mucho más amplia que él.

Coincide la fruición con el placer cuando la acción de la persona consiste en vivir el adecuado acabamiento de un proceso psicoorgánico, sea éste pre-

ponderantemente orgánico, como el orgasmo sexual y la degustación de un alimento agradable, o preponderantemente psíquico, como la contemplación de un paisaje estéticamente grato o la correcta resolución de un problema matemático. Rebasa la fruición el ámbito del puro placer en no pocos casos más, entre ellos los siguientes:

1.º La actividad de moverse hacia el logro de un fin deseado con la esperanza de conseguirlo. El camino es preferible a la posada, escribió Cervantes. Es la fruición de que se habla en el *Nathan der Weise*, de Lessing –«Entre el camino hacia la verdad y la posesión de la verdad, prefiero aquél»–, y la que late en el título de un penetrante libro poético de Pedro Salinas, *Víspera del gozo*. La fruición es en estos casos previa al placer, suponiendo, claro está, que la búsqueda se consume con éxito y el placer llegue.

2.º El gozo inherente a la posesión del bien que se persigue, cuando éste no es la mera satisfacción de un impulso instintivo. La meta de la acción es ahora, por tanto, la correspondiente al ejercicio de las estructuras que pronto conoceremos como «posesivas».

3.º La experiencia de autorrealizarse en un acto de donación amorosa o –si tal es el caso; recuérdese el *Abel Sánchez*, de Unamuno– en el ejercicio de una detracción odiosa. La voluntaria efusión de uno mismo hacia otro, cuando es el amor el que la determina, lleva consigo una peculiar fruición, a la cual en modo alguno conviene el nombre de placer. De ella y de la consiguiente autorrealización que con ella se logra es fino testimonio verbal un poemilla aforístico de Antonio Machado:

Moneda que está en la mano
quizá se deba guardar,
la monedita del alma
se pierde si no se da.

Ganar transfiguradamente lo que se da y tener de veras lo que en el alma se tiene, es causa de fruición y puede convertirse en fin último de las acciones particulares de la persona. A la estructura psicoorgánica de la virtud a que Descartes reservó el nombre de *générosité* –para él, la más alta de las naturales– pertenece el hábito de dar a los demás la «monedita del alma»; hábito cuya expresión suma es la efusión amorosa hacia el prójimo.

c. *La felicidad*

Asociada a veces con el placer, pero esencialmente distinta de él, *la felicidad* constituye el verdadero fin último de todas las acciones humanas. Aunque no se crea en la posibilidad de lograrla. Aunque se la confunda, como en tantas ocasiones acontece, con la experiencia placentera de la vida. No creer posible la felicidad, no considerarla absurda y seguir viviendo es hacer de la vida –a través de las acciones particulares que día a día se emprendan– la aproxima-

ción asintótica a un término deseable que nunca ha de alcanzarse, a una utopía; y buscar el placer como meta constante no es sino vivir la conquista de éste y la tristeza a él subsiguiente –*post coitum omne animal triste*, decían los antiguos, y algo semejante puede decirse de cualquier placer sensible– con la esperanza de que, más allá del velo de Isis que uno y otra constituyen, estará definitivamente la felicidad. O con el temor o la angustia de que definitivamente no esté. El doblete esperanza-temor –con mayor radicalidad; el doblete esperanza-angustia– pertenece constitutivamente a la expectación de la felicidad. En el capítulo subsiguiente y en las últimas páginas del libro habré de volver sobre esta inexorable nota de la condición humana.

Pero, a todo esto, ¿qué es la felicidad? Es, por una parte, el sentimiento de poseer totalmente, siquiera durante un instante, la propia realidad, y a través de ella la realidad entera. La tan repetida definición que de la bienaventuranza eterna formuló Boecio –«simultánea y total posesión de una vida interminable»– viene en definitiva a ser una declaración conceptual de la creencia en que dicha posesión es posible, y por modo imperecedero, dentro de una situación supraterrena de la existencia humana; y en un orden pura y exclusivamente cismundano, tal es asimismo, *mutatis mutandis*, el término de la esperanza de cuantos creen en un irrebasable y plenificante estado final de la historia del hombre; Hegel, Comte y Marx, a la cabeza de ellos. Por otra parte, la felicidad es el sentimiento de la propia existencia cuando en la línea de la vocación personal se ha llegado a hacer o a producir algo en que ella momentáneamente parece haberse realizado. Así han vivido la conclusión de alguna de sus obras no pocos de los grandes creadores –«lucimos un instante alegres de oro», dice por todos Juan Ramón Jiménez, para expresar la experiencia de una afortunada recreación poética de la belleza del mundo–, y así, cada uno a su modo y en su medida, los hombres, comprendidos los más humildes, en cuya vida opere eficazmente una verdadera vocación. En principio, todos los hombres (13). La felicidad, en fin, es –o esperamos que sea– el logro de todo aquello por lo cual somos capaces de sufrir o, *a fortiori*, de morir. En el seno de tantas vidas oscuras, no sólo en la eminente existencia del héroe y el santo, actúa calladamente esta profunda verdad del existir humano.

Transparece en lo dicho que, de tejas abajo, la experiencia de la felicidad no puede ser más que instantánea, o a lo sumo brevísima. A ella se refiere el «levantado instante» *(hoher Augenblick)* y el «presente eterno» *(ewige Gegenwart)* de que en su *Philosophie* habla Jaspers, y tantas expresiones semejantes de quienes a través de experiencias muy distintas –intelectuales, estéticas, amorosas, místicas– desde Platón han vivido y nombrado la significación excepcional que el *motus instantaneus* puede tener y tiene a veces en la existencia terrena del hombre. A la par que el carácter instantáneo de la experiencia de la felicidad, la breve descripción precedente nos hace descubrir su condi-

(13) La ejecución sin trabas de la vocación personal brinda al hombre «un regusto, como estelar, de eternidad», escribe sugestivamente Ortega («Prólogo a *Veinte años de caza mayor*» *[Obras Completas]*, VI, 425).

ción utópica, porque dentro del curso temporal e itinerante de nuestra vida sólo utopía puede ser la imaginación de la felicidad como un estado permanente. Entre el nacimiento y la muerte, tan sólo cabe gritar en alguna ocasión, como el Fausto goethiano, ante el instante feliz que pasa: «¡Oh, permanece tú, que tan hermoso eres!». Y pensar a la vez que por obra del carácter esencialmente coexistencial de la realidad del hombre, sólo en una comunicación efusiva, real o intencional, con los otros, de la cual el éxtasis amoroso de la díada parece ser la forma terrenal suprema, sólo en ella puede lograr suma actualidad plenificante esa felicidad fugitiva.

Alguien se preguntará si todo esto tiene que ver con el momento orgánico de las estructuras de la realidad humana, en este caso las pretensivas, y las posesivas, y a través de ellas con la antropología médica. En los dos casos tiene que ser rotundamente afirmativa la respuesta. Debo repetir una vez más lo que nunca debiera olvidarse: que todas las actividades del hombre, incluidas aquellas que pasan por ser más «espirituales», son simultánea y unitariamente orgánicas y psíquicas. Y quiero adelantar, por otra parte, que no podrá ser cabalmente entendida la enfermedad humana –el estado de enfermedad en general y la individual enfermedad de cada paciente, por lo menos cuando sea crónica o neurótica la dolencia– sin alguna idea acerca de lo que la felicidad es para el sujeto que la padece, y en consecuencia para el hombre en general. Cuando conozcamos mejor la neurofisiología de la felicidad, podremos dar más cabal razón de todo ello.

d. *La perfección*

Que la perfección propia pueda ser y sea en ocasiones la meta constante de la existencia humana –entendiendo por perfección, etimológica y genéricamente, el máximo y óptimo acabamiento que la vida y la obra de una persona llegan a alcanzar, cuando esta persona actúa en la línea de su vocación–, no parece cosa dudable; pero que *la meta de la perfección* no se halle subsumida en una de las dos anteriormente consignadas, la fruición y la felicidad, especialmente en esta última, a más de uno le parecerá cuestión discutible. Quien se esfuerza por lograr, en el campo que sea, su propia perfección, ¿qué es lo que hace, sino moverse hacia la consecución de su propia felicidad, la del creador al término de una obra plenamente lograda o la del santo cristiano en su vida transmortal, aunque tal felicidad no le llegue o sólo precariamente le sea dada?

La objeción está por completo justificada en muchos casos, pero no en todos. Hay hombres, en efecto, que se afanan por la perfección en sí, incluso sabiendo que ellos no podrán llamar felicidad a la complacencia de haberse acercado a ella; «virtuosos de la perfección» podríamos llamarles. Orgullosa y despectivamente encerrados en sí mismos, viven entre los demás como apasionados, fríamente apasionados escultores de su vida y su obra. No será difícil encontrarlos entre los individuos que el sociólogo D. Riesman llamó *inner-directed men*, «hombres intradirigidos», sujetos que sólo por sí y desde dentro

de sí quieren hacer su vida; y desconcertados por el sufrimiento de alguna enfermedad no dominable, es seguro que más de una vez los descubrirá entre sus clientes el médico para quien cada paciente sea, en todas las acepciones del término, auténtica persona (14).

2. Las metas mediatas

Hacia uno o varios de estos fines últimos se enderezan las múltiples y multiformes acciones particulares de cada persona; pero entre ellos y los de cada acción particular –por ejemplo, leer un libro– consciente o inconscientemente se interponen las varias instancias intermedias que antes llamé *metas mediatas;* esas en las cuales se tipifican las múltiples y multiformes operaciones particulares con que el hombre va realizando y edificando su vida. Tres me parecen cardinales: la vivencia del mero vivir, el logro del placer y el acto de crear.

a. *La vivencia del mero vivir*

Hablé antes del vivir –del no morir– como del más primario y básico de los fines últimos del hombre. Haciendo algo, y piense o no piense en ello, toda persona se propone dos cosas: conseguir el objetivo de su acción y seguir viviendo. Pero aunque necesariamente se apoye, como esencial presupuesto suyo, en este fin último de la existencia humana, no es a él al que por modo inmediato me refiero con la expresión *vivencia del mero vivir.* Doy este nombre, en efecto, a la experiencia de, sin hacer otra cosa que vivir en mi intimidad el curso de mi propia vida, ir percibiendo que mi vida es en mí una acción y una pasión reales actuales. Vacía de otros contenidos, mi actividad consciente me hace entonces percibir el presente sucesivo de mi íntimo caminar hacia el futuro, y por tanto la acción que por sí solas designan las expresiones gerundiales «estar viviendo» y «estar siendo». Dos formas cardinales adopta tal experiencia: una penosa, que a veces será simple tedio y a veces, *lato sensu,* dolor –la «angustia» o la «náusea» de los existencialistas, la personal experiencia de Ed. von Hartmann cuando decía que «el existir lleva consigo dolor»–, y otra gozosa, esa que, entendida como fundamento de todos los goces concretos y ocasionales que sobre ella se levanten, los franceses llaman *joie de vivre,* gozo de vivir. Es la meta suprema que, como luego veremos, para todos los hombres quiere la optimista definición de la salud propuesta por la OMS.

Pues bien: ¿cómo desconocer que a la vivencia penosa o gozosa del mero vivir, y por tanto a la consciente o inconsciente autoproposición de ella como meta, le pertenece una determinada estructura psicoorgánica, de la cual, naturalmente, es parte la cenestesia del bienestar? Una fisiología, una psicología,

(14) El modo como en la vida real de un hombre se articulan entre sí la pretensión, la voluntad de perfección, la utopía, el drama de vivir auténticamente y la realidad personal, puede verse en la espléndida intelección del héroe y el heroísmo expuesta por Ortega en *Meditaciones del Quijote.*

una patología, una sociología y una historia de la vivencia del mero vivir darán expresión empírica y científica a su indudable y no infrecuente realidad.

b. *El placer*

Uno de los contenidos deseables del mero vivir, y por tanto una de las metas mediatas de la existencia humana, es el placer. Llamo genéricamente placer al goce de sentir que de manera adecuada y satisfactoria ha llegado a su término una acción personal en que prepondera la condición orgánica: comer un alimento gustoso, realizar un acto sexual, coronar la cima de un monte, cuando por necesidad o por deporte eso nos proponíamos, triunfar en una competición que exija esfuerzo, etc. Compartamos o no la tesis de Sartre acerca de lo que ontológicamente sea el placer –quien bebe porque tiene sed, dice Sartre, pretende que coincidan la conciencia de una plenitud, la saciedad, y la conciencia de la satisfacción de una carencia, la fruición de beber, lo cual es imposible–, parece evidente que, por ineludible exigencia del vivir biológico, y a la postre por un básico imperativo de la dinámica de nuestro cuerpo, la meta del placer es y no puede no ser provisional. Buscar como meta el placer es tanto como comprometerse a seguir y seguir buscándolo. Lo cual no impide que algunos hombres intenten hacer de esa búsqueda sucesiva la razón de su vida, y justamente el ejercicio habitual de tal empeño es a lo que solemos llamar hedonismo. Pocos han confesado tan sincera y rotundamente como Oscar Wilde, cuando en la cárcel de Reading recordaba sus años de triunfo y descubría el sentido salvífico del dolor, la entrega a este modo de entender y planear la condición itinerante y pesquisitiva de nuestra existencia.

Una interrogación debe surgir, en consecuencia, dentro de quien conciba psicoorgánicamente la realidad y la dinámica de la persona humana: ¿qué estructuras orgánicas, principalmente cerebrales, deben ponerse en actividad para que el hedonismo se constituya en hábito y en meta mediata de la vida? *Ai posteri l'ardua sentenza.* Mientras ésta llega, afirmemos sin reservas que la consideración de este hábito como un problema sólo psicológico y ético equivale a cometer un flagrante reduccionismo de cuño psicologista y eticista, porque nada puede hacer el hombre sin que en su acción intervengan las estructuras corporales a ella correspondientes. Repitamos, pues, ampliándola, la consigna de Johannes Müller: *Nulla psychologia atque nulla ethica sine physiologia.* Y *sine sociologia,* habría que añadir. Nada más evidente en la actualidad.

c. *La creación*

Toda acción verdaderamente personal es constitutivamente creadora. Genial o adocenada, rebelde o prosecutiva, la personalidad de su autor necesariamente se manifiesta en ella. Pero la originalidad así conseguida, y por tanto el carácter creador de la acción ejecutada, puede adoptar en la realidad dos modos bien distintos entre sí, la simple modulación y la creación propiamente dicha.

Llamo simple modulación a la novedad que aparece en la configuración o en el resultado de una acción concreta, cuando ésta no pasa de repetir la que originalmente otro ejecutó antes. Mi personal exposición del pensamiento biológico de Darwin tendrá, por supuesto, algo mío; pero tan parva originalidad no pasará de modular, acaso defectivamente, la doctrina que Darwin supo genialmente crear. Es la ineludible, pero humildísima hazaña creadora del repetidor y el copista. Frente a ella, la creación propiamente dicha consiste en producir una obra sin modelo previo: un concepto filosófico, un poema, un cuadro, una institución, una teoría científica, un experimento, un artefacto nunca visto o una modificación original de teorías o artefactos que ya existieran con anterioridad.

No sólo los genios pueden ser creadores. Modulando personalmente lo que otros hicieron antes, el hombre más modesto –el alfarero que acierta a dar una aceptable curva nueva a la panza de la olla que está modelando, el escritor mediocre que por azar emplee con sentido inédito tal o cual adjetivo, el manguero municipal que inventa un estilo personal para regar las esquinas de las calles– puede hacer suya la tantas veces penosa aventura de crear. Para todos los hombres, por tanto, puede ser meta de la vida –dentro, por supuesto, de los que antes llamé fines últimos de ella– la búsqueda y el logro de la acción creadora. En una u otra medida, de uno u otro modo, afirmó Ortega, todo hombre auténtico es héroe.

La obra de creación parece ser en ocasiones el término de la pauta de conducta que los biólogos llaman «ensayo y error»; y cuando esto acontezca, no pocos sentirán la tentación de asimilar a ella el proceso de la creación humana, y en consecuencia se aplicarán a equiparar las invenciones humanas a las de aquellos chimpancés de Köhler que acertaron a empalmar entre sí dos cañas para alcanzar un plátano de otro modo inaccesible. Pero incluso descartando las invenciones no puramente materiales y técnicas, es decir, las creaciones artísticas, filosóficas, científicas o religiosas, es preciso afirmar de manera rotunda que la acción inventiva y creadora del hombre, y dentro de ella, muy singularmente, la inicial concepción de la idea que la pone en marcha y la final evidencia de su novedad y su valía, poseen un carácter esencialmente transzoológico, y por consiguiente trans-estructural, puesto que sólo como un modo y un nivel peculiares en la estructura de la materia cósmica debe verse la esencia de la vida animal. Entre los chimpancés de Köhler y el primitivo inventor de la rueda hay una diferencia netamente esencial, no meramente gradual. Lo que no es óbice para que esa inicial concepción y esa final evidencia exijan necesariamente la existencia y la actividad de ciertas estructuras orgánicas y el concurso de ciertos requisitos sociales e históricos, y que unas y otros condicionen y modulen *de facto* la acción creadora a que tal concepción y tal evidencia pertenecen. No creo que la investigación histológica llegue a tipificar como una variedad biológica de la especie la textura del «cerebro del genio»; pero es evidente que algo habría en el cerebro de Newton y en el de Einstein para que sus respectivas obras creadoras fuesen lo que de hecho fueron. No poco nos dirá sobre el tema la neurofisiología del futuro.

3. Los requisitos esenciales de la actividad pretensiva

Desde el objetivo de una acción particular hasta los fines últimos de la existencia humana, pasando por las metas de nuestra actuación que acabo de llamar mediatas, las estructuras pretensivas de la realidad del hombre van dando orientación y sentido al camino de su vida. Todo lo que el hombre es, su personal intimidad, su cuerpo propio y cuanto en su intimidad y en su cuerpo hayan ido acuñando las vicisitudes de su biografía, todo se pone en juego para que tales estructuras –unitariamente, lo diré una vez más, orgánicas y psíquicas– entren en actividad. A reserva de lo que a este respecto se expondrá en el capítulo subsiguiente, no será inoportuno apuntar desde ahora los varios requisitos esenciales que para su recto ejercicio son necesarios.

Operan de consuno en la autoproposición y en la conquista factual de fines personales:

a. *La libertad*

Me refiero, por supuesto, a la *libertad efectiva* –no sólo a la libertad íntima– de la persona que se lo propone. Intimamente, el esclavo puede imaginar para su vida todo cuanto quiera; pero ¿en qué medida podrá aspirar al logro de metas por él realmente alcanzables? Libertad efectiva, pues, y con un margen de operación suficientemente amplio. Libertad, en suma, que, como los analistas de ella nos enseñan, sea a la vez «de», es decir, de todo lo que en nuestra propia realidad y en el mundo propio impida o coarte la acción hacia el logro del fin autopropuesto, y «para», esto es, para la elección entre dos o más posibilidades, para la inclinación hacia el ofrecimiento de uno mismo a los otros o hacia la retracción de uno en sí mismo, para la opción entre la activa creación de un fin rigurosamente personal o la aceptación más o menos pasiva de alguno de los que el mundo en torno constantemente nos ofrece (15).

b. *La imaginación*

Necesaria es también la *imaginación*, entendida ahora como capacidad psicoorgánica para inventar fines propios o modos de aceptar y hacer propios los ajenos. Sin imaginación más o menos creadora no puede haber autoproposición de fines, ni verdadera personalidad. Que ésta sea fuerte o débil, bien acusada o sólo anodina, es ahora cuestión secundaria. Veremos más adelante qué relación existe entre la imaginación y la biografía.

c. *La vocación*

No todos los fines que el hombre se propone son realmente vocacionales; todos nos movemos con harta frecuencia hacia metas que coinciden con nues-

(15) Transcribiré la apretada y completa fórmula de Zubiri: libertad «de» la naturaleza (es decir, respecto de ella), pero «en» y «desde» ella en subtensión dinámica, «para» ser lo que personalmente se quiere ser.

tro deseo y no con nuestra vocación. Pero es evidente que el cauce vocacional –el camino para ser lo que, más allá de nuestros gustos y deseos, auténticamente somos– es el más idóneo para el ejercicio de las estructuras pretensivas de nuestro psicoorganismo.

d. *La proyección*

Concrétase la imaginación en la *proyección*, en la aptitud, por supuesto que también psicoorgánica, para reducir a proyectos concretos y ejecutables los fines autopropuestos por la imaginación dentro del campo de la libertad efectiva. Volveré sobre el tema.

e. *La esperanza*

La *esperanza* de conseguir el fin que uno se propone –más exactamente: una actitud ambivalente ante el futuro propio, en la cual unas veces predomine la esperanza y otras el temor al fracaso o a la muerte– es condición necesaria para que la proyección se ejercite. La esperanza envuelve y da fundamento al proyecto. Ni siquiera la seguridad del fracaso –nadie logra todo lo que quiere; a la autenticidad de la existencia le es coesencial el fracaso, escribe Jaspers– logra matar la esperanza. «Además de hacernos fracasar, el fracaso nos eterniza», añade el propio Jaspers, siempre pensando en la experiencia de los que son capaces de vivir desde el fondo de sí mismos.

Libertad, imaginación, vocación, proyección y esperanza. Cada uno con su momento orgánico y su momento psíquico, los cinco son requisitos esenciales para la normal actividad de nuestras estructuras pretensivas.

VIII. LAS ESTRUCTURAS POSESIVAS

El verdadero término de toda acción personal consiste en poseer como propio aquello a que la acción conduce –aunque ésta consista en darse efusivamente a los demás, en ab-negarse–, y por tanto en poseerse a sí mismo a través de tal resultado. «Sustantividad de propiedad», llama Zubiri a la realidad de la persona; sustantividad que desde la infancia hasta la muerte se va constituyendo por obra de una continuada y discontinua serie de actos de apropiación. Y añade: la vida humana es, en su más esencial nervio, «autoposesión como realidad».

En un orden puramente descriptivo, esto quiere decir que el hombre no sería hombre si en su realidad psicoorgánica no existiese un conjunto de estructuras posesivas o apropiadoras, esas en cuya virtud son posibles y llegan a ser efectivos los actos de apropiación. Tanto por su formalidad como por su contenido, tales actos pueden ser enormemente diversos. Pienso, sin embargo, que a tan copiosa diversidad es posible ordenarla según seis líneas cardinales: la apropiación prensil, la apropiación visual, la apropiación intelectiva, la apro-

piación sentimental, la apropiación verbal y la autoposesión o apropiación de la realidad propia.

1. La apropiación prensil

Llamo apropiación prensil a la que psicoorgánicamente se realiza y se vive cuando nuestra mano se adueña de un objeto apresado por ella. «Lo tengo en la mano», «Le tengo en un puño», dice a veces nuestro pueblo, metafórica e inconscientemente apoyado sobre la base real que esa experiencia confiere, para expresar el dominio personal sobre algo: un determinado saber o la posibilidad de gobernar férreamente la conducta de otro hombre.

La concepción aristotélica de la mano del hombre como «instrumento de instrumentos» y la idea que rige el orden descriptivo de la anatomía galénica –que la diferencia específica entre el cuerpo humano y el cuerpo animal consiste ante todo en la posesión por parte de aquél de una mano exenta y captadora, porque sólo así puede el hombre modificar el mundo en torno mediante acciones racionales planeadas, *tékhnai*–, llevan en su seno la vivencia de la apropiación prensil como acto con que primariamente nos hacemos dueños de lo que nos rodea. Vivencia a la cual corresponde una estructura a la par somática, la mano misma, con todas las formaciones anatómicas que permiten ejecutar y sentir su movimiento propio, y psíquica, el sentimiento de «estar poseyendo» que despierta la sensación táctil de la prensión, y de la cual proceden las expresiones metafóricas antes mencionadas. Cuando alguien piensa o dice enérgicamente, ante una persona determinada, «La tengo en un puño» –quien logra constituirse en señor en la dialéctica señor-siervo, según el tan conocido esquema psicosociológico de Hegel–, es seguro que un análisis electromiográfico de los músculos flexores de su mano mostraría en ellos la existencia de alteraciones de carácter involuntariamente expresivo.

2. La apropiación visual

Dirigida hacia un objeto inanimado, un trozo de campo, por ejemplo, la mirada nos da la impresión de la simple presencia de ese objeto. Antes lo hice notar. Pero tan pronto como el sujeto percipiente refiere esa presencia a su individual y ocasional personalidad –a su sensibilidad, a sus ideas y creencias, a su estado de ánimo, etc.–, tan pronto, pues, como uno ve en ese trozo de naturaleza «su circunstancia» (Ortega) o un «campo-para-mí» (Sartre), la simple presencia queda por él consciente e inconscientemente organizada en paisaje, y pasa *eo ipso* a ser objeto de apropiación visual. Pertenézcame o no me pertenezca jurídicamente, ese objeto es vivido por mí como «mío», porque en mi intimidad yo me he apropiado de él; apropiación que puede ser compartida cuando son dos o más las personas que miran y la relación entre ellas es de cooperación o de comunión. Así acaece cuando dos enamorados se citan en el

que ellos conocen como «nuestro jardín». Con evidente exageración belicista, a este fenómeno de la apropiación visual se refería Ernst Jünger cuando decía que «toda mirada es un acto de agresión».

La bien conocida doctrina sartriana acerca del acto recíproco de mirar y ser mirado, del cual la mutua mirada a los ojos sería forma suprema –es decir: la concepción de ese acto como la pugna de dos libertades que mutuamente tratan de convertirse en naturaleza –, constituye, por supuesto, una simplificación abusiva de la mirada al otro, porque hay modos de la mirada interpersonal –la mirada efusiva, la mirada pesquisitiva, etc.– no determinados por una intención imperativa y posesiva (16); pero cuando esa indudable posibilidad se realiza, ella es la expresión más dramática y punzante del fenómeno de la apropiación visual.

Apenas parece necesario consignar que el ejercicio de la apropiación visual es el resultado de la actividad de una estructura a un tiempo orgánica y psíquica, de la cual son parte, además de las vías ópticas que estudian los tratados de fisiología, desde la retina hasta la corteza occipital, las formaciones cerebrales que la hacen orgánicamente posible.

3. La apropiación intelectiva

No sólo metafóricamente se habla de fenómenos psíquicos –y por consiguiente, también orgánicos– de apropiación intelectiva; esos de que son tópica y popular expresión frases como «Fulano *domina* el inglés» o «Zutano *posee* una buena formación matemática». El saber aprendido llega a ser verdaderamente propio, en efecto, cuando la persona en cuestión lo domina o lo posee; esto es, cuando con soltura y sin error puede disponer de él –manejarlo, suele también decirse, como para hacer patente la existencia de una conexión subconsciente con el acto de la apropiación prensil– cuantas veces y en cuantas ocasiones esa persona lo desee. La neurofisiología de la actividad mnémica y los mecanismos de ecforiación de lo recordado intervienen, como es obvio, en el sentimiento y en la realidad del modo intelectivo de la apropiación; pero algo nuevo añade al fenómeno básico de poder recordar este otro de poder hacerlo «dominando» psíquicamente aquello que se sabe y recuerda.

4. La apropiación sentimental

Parece asimismo lícito el discernimiento de un cuarto modo en la operación de las estructuras posesivas, la apropiación sentimental. Esta exige, por supuesto, el previo contacto sensorial o memorativo con la cosa psíquicamente apropiada; pero tal contacto no sería suficiente para que una apropiación subjetiva de ella se produjese, si entre la persona y la cosa en cuestión no se

(16) Véase mi libro *Teoría y realidad del otro*, 3.ª ed. (Madrid, 1983), y lo que acerca de la exploración clínica luego se dirá.

hubiera poco a poco establecido el penetrante conocimiento que W. James llamó «de frecuentación» o «de familiaridad» *(knowledge by acquaintance)*, por oposición al meramente externo «conocimiento acerca de» *(knowledge about)*. Es la condición de «mío», la «meidad», si se quiere admitir tal palabra, la que a uno le llega a conceder el dilatado uso familiar de un objeto –«Te quiero más que a unos zapatos viejos», rezaba hace años un dicho coloquial–, y en cierto modo la que en ocasiones promueve el trato asiduo con una persona, sea ésta humilde o eminente. Si humilde, como resultado de la conjunción entre nuestra amorosa concesión y su inocente desvalimiento; así llamarían «mi Blasillo» a la pobre criatura de ese nombre los protagonistas del *San Manuel Bueno* unamuniano. Si eminente, como íntima y delicada granjería personal del locuente en su trato con la «personalidad de todos y para todos» propia de la persona eminente; tal es el sentido, valga este solo ejemplo, del título *Mi don Francisco Giner* que J. Pijoan antepuso al recuerdo escrito de quien había sido su mejor maestro.

En estos casos y en tantos más, preponderantemente sentimental, además de visual e intelectiva, es nuestra íntima apropiación de la realidad exterior a nosotros. Su derecho a figurar entre las que vengo llamando estructuras posesivas no me parece discutible; la posibilidad de discernirla desde un punto de vista descriptivo –por igual psicológico, objetivo y social–, la veo evidente. Mas para completar su conocimiento científico, la ulterior pregunta debe ser: ¿qué deben decirnos el médico y el neurofisiólogo acerca de lo que pasa en el cuerpo del hombre cuando realiza un acto de apropiación sentimental? Otro capítulo para la neurofisiología del futuro.

5. La apropiación verbal

Llamo apropiación verbal a la que nos procura la palabra en dos de las actividades o funciones cardinales del habla: la nominativa y la sugestiva. Nombrar una cosa con la certidumbre íntima de haber empleado el término adecuado a lo que la cosa en sí misma es y a lo que habitualmente significa dentro del grupo social a que uno pertenece, nos hace –de algún modo, en alguna medida– poseerla. Tal es la raíz psicológica de la vieja creencia mágica en el «poder» que confiere el acto de llamar a una cosa por su verdadero nombre: el «Sésamo, ábrete», de los cuentos árabes, el empleo de fórmulas y ritos equivalentes a ésta en tantas culturas primitivas y arcaicas. «Toda palabra es sacra para quien la pronuncia», dice una sutil y sibilina frase de Jean-Paul Sartre. Conseguir mediante palabras la persuasión o, yendo todavía más lejos, la seducción de quien la escucha, nos convierte –de algún modo, en alguna medida– en dueños de esa persona. «Y mágica para quien la oye», termina diciendo, no menos sutil y sibilinamente, la anterior frase sartriana. No es un azar que los antiguos griegos, creadores de la retórica, hiciesen una divinidad de *Peitho*, la persuasión, ni que los sofistas pusiesen al servicio del poder político el arte de lograrla. De nuevo, pues, aunque con otro contenido, las preguntas tantas

veces formuladas: ¿qué pasa en el psiquismo y en el cuerpo de quien nominativa o sugestivamente se siente un poco «dueño» de la realidad, se apropia de ella?; ¿cuál es la sociología y cuál la historia de la nominación y la persuasión?

6. La autoposesión

Las cinco formas de la apropiación hasta ahora descritas –la prensil, la visual, la intelectiva, la sentimental, la verbal– no pasan de dar material a la casi suprema actividad de la persona en la cual toda concreta apropiación de «lo otro» cobra realidad y sentido definitivo: la *posesión de sí mismo* o autoposesión; casi suprema, digo, porque la actividad verdaderamente suprema de la persona es –tras la autoposesión, y fundada en ella– el autoofrecimiento. La apropiación prensil de un objeto corpóreo, la apropiación visual de un fragmento del mundo en torno, ¿qué último sentido tienen, sino el de enriquecer con algo nuevo la actividad de poseerse uno a sí mismo? Bien por la vía de la «noche oscura» a que, para atravesarla, conduce la abnegación ascético-mística, bien por el camino de la ambición metafísica de quienes no se conforman sino con una agónica aspiración a serlo todo –«Más, y más cada vez más; quiero ser yo y, sin dejar de serlo, ser además los otros, adentrarme en la totalidad de las cosas visibles e invisibles, extenderme a lo ilimitado del espacio y prolongarme a lo inacabable del tiempo. De no serlo todo y por siempre, es como si no fuera...»,.escribe por todos ellos Unamuno en *Del sentimiento trágico de la vida*–, bien en fin, por la senda tranquila de los que investigan para saber más y más cada día –en definitiva, para intentar saber todo de algo, aunque con la cotidiana e irrebasable convicción de quedarse siempre en el camino; así un Newton, un Kant, un Darwin, un Cajal–, «tenerlo íntimamente todo para ser íntegramente yo mismo» es la meta común de cuantos consciente e inconscientemente viven en sí mismos la realidad, la utopía y el drama de autoposeerse. Entendida de un modo o de otro, tal es la meta del conjunto de actos personales que ya en sus escritos juveniles llamó Ortega «reabsorción de la circunstancia».

Pues bien: sean geniales y relampagueantes o adocenadas y cotidianas la actividad y la experiencia de la autoposesión, ¿cuál es, en tanto que estructura posesiva de una persona orgánica, el momento neurofisiológico de la apropiación de uno mismo? Algo tiene que haber en el cerebro y en la formación de la personalidad para que unos hombres sean más dueños y otros menos dueños de sí; algo tienen que decirnos a tal respecto los investigadores que seriamente se decidan a aunar la psicología, la psiquiatría, la sociología y la neurofisiología.

IX. ESTRUCTURAS PSICOORGANICAS Y VIDA PERSONAL

Han desfilado ante nuestros ojos las varias estructuras psicoorgánicas que pueden ser discernidas en la realidad del hombre: estructuras operativas, im-

pulsivas, signitivas, cognitivas, expresivas, pretensivas y posesivas. Demos ahora un paso más, y –adelantando en cierta medida lo que acerca de su dinámica pronto se dirá– preguntémonos por los modos de su integración en la vida de la persona a que pertenecen. Mas no debemos hacerlo sin ampliar lo que se dijo al acotar el contenido de la antropología médica.

Hay que reiterarlo con toda energía: este metódico discernimiento de las estructuras que integran la realidad del hombre exige no olvidar en ningún momento la radical unidad de todas ellas, en tanto que partes integrales de la persona y en tanto que modos complementarios de realizarse la vida personal. Basta lo expuesto en los apartados precedentes para advertir que el ejercicio de cada una incluye y presupone la realidad y el ejercicio de todas o casi todas las restantes; y no sólo por motivos de orden funcional, también por razones de carácter fundamental y genético, porque todas esas estructuras resultan del desarrollo onto y filogenético de la primaria y unitaria realidad del psicoorganismo humano. Un solo ejemplo: la actividad de proponerse el logro de un fin determinado, ¿acaso no incluye y presupone la realidad y el ejercicio de estructuras operativas, impulsivas, signitivas, cognitivas y expresivas? Y sin la tácita seguridad previa de llegar a poseer íntimamente aquello que de tal autoproposición resulte, ¿llegaría uno a poner en acto, aunque en él de hecho existiesen, las estructuras que he llamado pretensivas?

Debe asimismo subrayarse que como ejecutora de actos genuinamente personales –aquellos que de uno u otro modo llevan consigo la libertad efectiva, la inteligencia no meramente combinatoria y la capacidad de apropiación íntima; en definitiva, todos los que engloba o sugiere la expresión «fuero interno»–, la actividad de cualquier estructura psicoorgánica exige la intervención de un principio esencialmente transestructural, por tanto transorgánico y transpsíquico, cualquiera que sea el nombre que se le dé y la manera de concebirlo. La libre decisión inherente a un acto voluntario, la intelección de la realidad mediante símbolos matemáticos, la creación de una obra de arte o de un concepto filosófico y la posibilidad de enfrentarse desde el centro de la propia intimidad con todo lo que no sea uno mismo, o de decir dentro de uno mismo el *omnia mea mecum porto* de los estoicos, son acciones cuya cabal intelección en términos meramente orgánicos y estructurales me parece imposible. ¿Cómo, pues, debe ser filosóficamente entendida la *total realidad del hombre*? Una antropología filosófica puramente atenida al organismo y al psiquismo, por tanto a lo que en el hombre es estructura psicoorgánica, ¿puede explicarse satisfactoriamente la realidad de ese vario conjunto de acciones? Y si tal explicación exige la existencia y la operación de un principio formalmente supraestructural, ¿qué decir filosóficamente de él y de su relación con las diversas estructuras de la realidad humana, puesto que esa tarea rebasa por naturaleza las posibilidades del conocimiento científico? Responda cada cual según sus creencias y sus ideas. Yo debo contentarme con decir que un conocimiento acabado de las estructuras psicoorgánicas del hombre y de su operación exige a mi juicio la expresa apelación a la existencia de un *quid* supraestructural en la total realidad del hombre; pero este problema, ineludible en la construcción de una an-

tropología filosófica, no tiene por qué ser formalmente planteado en la edificación de una antropología médica realmente satisfactoria.

El estudio de la estructura y la dinámica de la realidad humana desde un punto de vista médico, y no otra es la meta de este libro, obliga a considerarla en tanto que sana, enfermable, enferma, sanable y mortal. Algo, pues, debe decirse desde ahora acerca de cada una de las estructuras psicoorgánicas antes descritas y del conjunto unitario que forman. Por lo menos, estas dos cosas: que, en tanto que estructuras, son vulnerables, y que, una vez vulneradas, en alguna medida pueden reparar por sí mismas el daño sufrido. La vulnerabilidad y autorreparación son, en efecto, notas esenciales de las estructuras cósmicas, desde los cristales hasta el organismo –psicoorganismo– del hombre. Por el momento, baste tan sumaria indicación.

Más detenidamente debe aquí ocuparnos, como preámbulo de lo que en el capítulo siguiente se dirá, el problema que plantea la personalización de las diversas estructuras ahora descritas. Más clara y precisamente: el problema de cómo la varia actividad de esas estructuras se integra en la vida personal de quien la ejecuta. ¿De qué modo se hacen real y verdaderamente «personales» la locomoción, la ejecución de una acción instintiva o expresiva, la percepción de un signo, la autoproposición de una meta y el efectivo ir hacia ella? Descriptivamente, ¿en qué consiste la apropiación personal de estas actividades?

Todas ellas tienen, por supuesto, modos distintos de integrarse en la intimidad de la persona. No son descriptivamente iguales, por ejemplo, la personalización de la actividad operativa de digerir o de pasear y la personalización de la actividad pretensiva de proponerse la creación de una obra de arte. Pero, envolviendo y fundamentando todos esos modos particulares de la personalización, pienso que en ella pueden ser discernidos tres realmente cardinales y genéricos, la tenencia, la pasión y el ser. Estudiémoslos por separado.

1. La tenencia

El modo de la tenencia se pone en acto cuando la persona se recluye en sí misma y desde el centro de su intimidad considera como objeto cognoscible y manejable el ejercicio de la actividad en cuestión. En tal situación, «yo tengo» –y, en consecuencia, yo dispongo de ella– la estructura de que se trate: *mis* órganos de locomoción, *mi* inteligencia discursiva, *mi* vista, *mi* capacidad de ejecutar un gesto expresivo o de proyectar una determinada acción. Las estructuras psicoorgánicas de nuestra realidad nunca son instrumentos, y de ahí la radical falsedad inherente al título que Popper y Eccles han dado a su célebre y valioso libro *The Self and its Brain*, «El yo y su cerebro»; pero hay situaciones psíquicas en las cuales parece existir un hiato a la vez real y transitable entre el yo y lo por el yo conocido o hecho, y entonces esas estructuras se muestran

(17) Sobre la noción de «yo ejecutivo», véase el análisis del orteguiano «Yo soy yo y mi circunstancia» que hace J. Marías en su libro *Ortega: circunstancia y vocación* (Madrid, 1960).

como instrumentos de un yo ejecutivo (17). Así vive su cuerpo –así piensa vivirlo– el «hombre intradirigido» de Riesman. Que esta vivida tenencia de las propias estructuras psicoorgánicas pueda ser gozosa –cuando uno siente con fuerza ser «dueño de sí mismo»– o azorante –cuando uno no sabe qué hacer con eso que tiene: «Yo sé que mi mano puede escribir, pero no sé qué escribir con ella, y por tanto no me resuelvo a poner en acto tal capacidad mía»–, es cuestión secundaria. Tener y tenerse, dos de las máximas ambiciones del hombre occidental moderno.

2. La pasión

El modo de la pasión –palabra que debe ser entendida ahora en el general sentido originario del *páthos* griego y la *passio* latina: ser afectado, experimentar pasivamente– se hace dominante y notorio cuando la actividad de la estructura es vivida como la imposición grata, ingrata o indiferente de algo recibido. Grata y pasivamente se vive la acción de saborear un alimento gustoso, la de sentir la adecuada realización de un acto sexual o la de percibir como bienestar la cenestesia (18). Ingratamente, y también por modo pasivo, son vividas una cenestesia molesta, un malestar, y la acción de «tener que pensar» o «tener que recordar», durante la hiriente lucidez de ciertos insomnios. Indiferentemente, en fin, bien que con cierto azoramiento íntimo, cuando percibo mi mano, un determinado sentimiento o cualquier otra parte de mi organismo o de mi psique, como si en realidad no me pertenecieran y para mí fuesen puro objeto. Las que por oposición a las tradicionales categorías ónticas V. von Weizsäcker denominó «categorías páticas» de la existencia humana –el «querer» (*wollen*), el «poder» (*können*), el «deber» (*sollen*), el «ser lícito» (*dürfen*) y el «tener que» o «estar obligado a» (*müssen*)–, no son pura y exclusivamente páticas, no pertenecen en exclusiva al *páthein*, pero tienen de éste una parte esencial. Queriendo, pudiendo y debiendo hacer algo, viviendo la licitud o la necesidad de hacerlo yo, en efecto, hago algo, actúo, pero a la vez, y de modo ineludible, quedo pasivamente afectado por eso que hago, lo «padezco» con gozo, con pena en mi realidad personal. Toda situación personal es para quien la vive prueba, *probatio* (Zubiri), y no hay posibilidad de prueba –de un metal o de una persona– sin la previa afección pasiva por aquello con que se es probado.

3. El ser

El modo del ser (19), en fin, se hace patente cuando la vida personal se realiza íntegramente en la ejecución de una actividad psicoorgánica determinada; o, como habitualmente se dice, cuando la persona se halla por completo «ab-

(18) Teniendo muy en cuenta, eso sí, que la pasividad psicoorgánica es *también* actividad.

(19) Modo de la «eseyencia» podría decirse, si uno se decidiese a extraer ese sustantivo abstracto del anticuado participio activo «eseyente».

sorbida» por lo que en un determinado momento está haciendo. En los instantes máximamente creadores de su vida, el pintor es personalmente su acción de pintar, y el músico su acción de imaginar y componer una obra musical, y el filósofo su acción de concebir y formular lo más suyo de su pensamiento. Otro tanto puede decirse de las fruiciones instintivas, como el orgasmo sexual o el gozo del atleta cuando todo él se realiza en el acto de batir su propia marca: «Yo soy estar corriendo los cien metros lisos», hubiera podido decir de sí mismo Carl Lewis –si para él había entonces un «sí mismo» vivido– durante su hazaña de Sacramento en 1981. Y *mutatis mutandis*, eso mismo acontece cuando una relación amorosa diádica hace vivir súbita y simultáneamente a los amantes ese modo de la existencia que Binswanger llamó «transparencia del ser en el tú». Ambos podrían entonces decir: «Yo soy estar amándote». No parece desmesurado ni ilícito afirmar que el acto de ser sin resquicios lo que se está haciendo es la utopía felicitaria de quien por afición y vocación está poniendo en juego una de sus estructuras psicoorgánicas –o todo un conjunto de ellas.

Tenencia, pasión, ser o eseyencia. Mezcladas entre sí, bien que con predominio de una u otra, tales son las vías por las que primariamente se personaliza la actividad de nuestras estructuras psicoorgánicas. Pero el tema de la personalización de la vida individual no queda así agotado. Bajo nueva forma, en los capítulos siguientes volverá a presentarse ante nosotros.

CAPITULO 2

La realidad humana: dinámica

Debo comenzar repitiendo algo ya dicho: que sólo por modo de convención metódica pueden ser separadamente tratadas la estructura y la dinámica de una realidad material. Hasta en las de más firme y fija configuración, un mineral cristalino, por ejemplo, se hallan una y otra esencialmente conexas entre sí; de tal modo, que la forma de un objeto visible no es sino la apariencia que en el momento de la observación ofrece una realidad sometida a cambio. «Todo se mueve, discurre, corre o gira, –cambian el mar, el monte y el ojo que los mira», dice, castellanizando a Heráclito y a Lyell, un poemilla de Antonio Machado. El carbonato cálcico cristalizado «está siendo» cristal dentro de un continuo proceso de transformación, en el cual la estructura y la dinámica no son sino dos momentos de la visible realidad mineral de la calcita, discernibles el uno de otro sólo cuando difiere el punto de vista del observador; y así, un cristalógrafo al modo de Bravais y Haüy verá en primer término –o exclusivamente– la estructura cristalina del mineral, y un geólogo a la manera de Lyell o de Wegener considerará ante todo –o exclusivamente– el dinamismo geológico a que ese mineral está sometido en la lenta e incesante evolución de la corteza terrestre. Tanto más podrá decirse esto de la realidad material viviente; pónganse unas al lado de las otras, para advertirlo, las descripciones morfológicas de Vesalio y las de Haeckel y Gegenbaur.

La inicial y metódica fijación del observador en uno de estos dos puntos de vista, el morfológico-estructural y el dinámico-funcional, ha dado lugar a que durante los cuatro siglos del mundo moderno –rompiendo, acaso sin saberlo, la radical unidad que para un griego antiguo, Aristóteles o Galeno, había entre los modos de la realidad por ellos llamados *eidos* (aspecto), *dýnamis* (fuerza, potencia), *kínesis* (movimiento), *khreía* (utilidad, función) y *érgon* (obra, operación)– se haya planteado erróneamente en biología el problema de la relación entre la forma y la función. A tal estructura anatómica tiene que corresponder tal función, pensaron, con la ulterior disconformidad de Cl. Bernard, que argumentaba con el ejemplo de la actividad de las glándulas, Vesalio, Valverde de

Amusco, Fabrizi d'Acquapendente, Harvey –hasta cierto punto– y Vallisnieri. La forma sería lo primario y lo decisivo en la realidad del ser viviente. Una radical fuerza configurativa –una fuerza-función, si se quiere– determina la forma del órgano individual, replicarán los paracelsistas; y también las sucesivas formas del *phylum* evolutivo, añadirán los evolucionistas románticos y posrománticos. En la configuración del ser viviente, la fuerza sería lo decisivo y primario. Y así, con las modulaciones de rigor, hasta bien entrado nuestro siglo. «Forma y función, todo es función», escribió Letamendi. «Funciones demoradas», ha llamado a los órganos el biólogo von Bertalanffy.

En el capítulo precedente puse de manifiesto cómo la extensión del principio de complementariedad de Bohr a niveles de la realidad cósmica más elevados y complejos que el de las partículas elementales y las ondas electromagnéticas ha permitido presentar la cuestión –aun no resolviéndola de raíz– de un modo más certero y fecundo. Estructura y dinamismo, forma y función, en el caso de la materia viva, no son sino dos aspectos de la unitaria realidad de ésta, artificialmente desgajados por el punto de vista y el método de observación con que el hombre de ciencia la examina. He aquí una membrana celular. ¿Qué es, científicamente considerada? Ante los ojos de un morfólogo puro, una envoltura del cuerpo de la célula formada por una capa fosfolipídica y otra proteínica, susceptible de ser observada bajo tales o cuales aspectos cuando se la explora con los microscopios óptico y electrónico. En la mente de un histofisiólogo puro será, en cambio, la estructura idónea para que determinadas funciones de la célula en su relación con el medio puedan ser cumplidas con perfecta idoneidad biofísica y bioquímica. Mas para un biólogo cabal, la membrana celular es una realidad biológica que aparecerá como estructura cuando se la estudie mediante el microscopio, y, como conjunto de propiedades biofísicas y bioquímicas –a la postre, fisiológicas, funcionales– cuando con los métodos propios de la biofísica y la bioquímica sea estudiada. Así es contemplada la realidad de la materia viva –al menos, en sus configuraciones más sencillas: la membrana celular, los ribosomas, las mitocondrias, la célula procariótica, los cromosomas– por la actual biología molecular.

Ahora bien: esta obvia extensión del principio de complementariedad, ¿puede ser tan expeditivamente llevada a niveles de la configuración biológica más elevados que el de la membrana celular, el ribosoma, la mitocondria y el cromosoma, esto es, al nivel del órgano y el aparato y al del organismo en su totalidad, y más cuando el organismo en cuestión sea el del hombre? A título de ejemplo, consideremos el caso del bíceps braquial. Ante él, ese cabal biólogo de que acabo de hablar verá sin duda una formación biológica poseedora de la forma y la textura que la disección anatómica y el examen microscópico nos permiten contemplar y dotada de las propiedades biofísicas y bioquímicas en cuya virtud puede el bíceps flexionar el antebrazo sobre el brazo. Estructura (inserciones óseas, composición miofibrilar) y dinámica (flexión del antebrazo sobre el brazo) aparecen así como las dos caras de una misma moneda. Pero además de realizarse en el acto de la contracción y en la función de la flexión, la actividad flexiva del bíceps braquial puede hallarse inserta en las más di-

versas acciones, desde el abrazo del amante hasta el gancho del boxeador, y éstas pertenecer a los más distintos proyectos vitales, y cada proyecto ser parte de conductas y planes de vida muy diferentes entre sí; con lo cual el principio de complementariedad queda roto por la introducción de un elemento nuevo y transestructural, la libertad. No será necesario decir que las cosas se complican todavía más –o, desde otro punto de vista, se hacen más y más patentes– cuando se trata de la totalidad del organismo humano. La visión de la estructura y la función de un virus según ese principio puede ser hacedera, y así lo está demostrando el estudio biológico-molecular de tales protoorganismos. Cuando el nivel biológico y el ámbito de la operación del organismo van elevándose, la relación complementaria estructura-función debe ser referida a un número de parámetros punto menos que inabarcable. Y cuando en dicha relación interviene la libertad, el problema tiene que ser planteado de un modo esencialmente distinto.

Volvamos a nuestro punto de partida: el hombre como ente itinerante, como *homo viator*. Objetivamente considerado, se me presenta como un organismo bipedestante y ambulante, locuente, sexuado, perteneciente a una raza y a un determinado biotipo, dotado de cierta constitución individual, existente en el nivel biológico-biográfico de una edad determinada e instalado en tal o cual situación social e histórica, que constantemente va cambiando desde su nacimiento hasta su muerte –moviéndose, en el más originario sentido de la moción– a través de múltiples y sucesivos estados vitales. Desde la bipedestación y la marcha erecta hasta la serie de las estructuras antes descritas, la configuración psicoorgánica de la realidad humana determina ciertos aspectos de su dinámica y es por ellos determinada (el poder enfermar y el tener que morir, la capacidad del hombre para ser omnívoro, la posibilidad de instalarse en cualquier lugar del planeta, el privilegio de poder pensar antes de actuar y la carga de tener que hacerlo, etc.) y condiciona otros o es por ellos condicionada (la ejecución real de los actos voluntarios, e incluso de los instintivos: teniendo hambre y alimentos, por ejemplo, la decisión de comerlos o de no comerlos dependerá, en buena parte, de la libertad del hambriento, pero el hecho y el modo de comerlos o de no comerlos serán condicionados y modulados por la total estructura psicoorgánica y por la situación biográfica e histórico-social del ente humano). En el caso del hombre, la estructura y la dinámica, la forma y la función, son, pues, a la vez complementarias y no complementarias entre sí.

Sobre estos presupuestos, a un tiempo reales y conceptuales, vamos a estudiar la dinámica propia de la realidad humana.

I. EL CAMBIO VITAL DEL HOMBRE: DESCRIPCION

Entendiendo por «cambio vital del hombre» el constante e inexorable caminar de su realidad desde su nacimiento hasta su muerte, cabe discernir en él su unidad total, la biografía, y las varias subunidades o modos parciales de su

mudanza, la fase, las vidas sucesivas y complementarias, la serie típica, el ciclo y el cambio de estado.

1. La biografía

Con estricta fidelidad a la etimología del vocablo, suele darse el nombre de biografía a la descripción literaria del curso de una vida humana; pero más que para nombrar la descripción misma –aun cuando sin hacer caso omiso de ella, porque la realidad y el conocimiento de la realidad se condicionan esencialmente entre sí–, yo lo emplearé para designar la cambiante y sucesiva totalidad real de ese curso desde el nacimiento de la persona en cuestión hasta su muerte: el sucesivo *bíos* que la biografía literaria describe. Desde el nacimiento y aun desde antes de él, porque no poco dependen el curso y el modo de la vida entera de un hombre, su *bíos*, del material genético con que se le concibió y de las vicisitudes sufridas por el embrión y el feto en el interior del claustro materno (1).

Cabe preguntarse si tiene verdadero fundamento empírico la consideración de la biografía como un todo unitario. Desde el punto de vista de la identidad personal del sujeto, y salvados los casos en que se haga patente un desdoblamiento de la personalidad, una amnesia intensa o una demencia profunda, la continuidad real de la biografía es evidente. Desde que en la infancia comienza una persona a adquirir conciencia de su mismidad –desde que expresa o tácitamente actúa según el aserto «yo soy yo mismo»–, y durante la perduración de ella a través de las varias y aun contrapuestas vicisitudes de su vida –mientras el niño y el adulto pueden sentir, pensar y decir «yo sigo siendo yo mismo»–, su vida es continuamente la suya y sólo la suya. Pero por encima y por fuera de ese fundamental hilo constante y unitivo de la vida del hombre, en la diversa, sucesiva y a veces contradictoria floresta de las acciones, las obras, las conductas, los sentimientos y los pensamientos que constituyen la materia y la apariencia concretas del vivir individual, ¿puede decirse que el conjunto de la biografía sea en medida suficiente una unidad descriptiva? *Varia, multimoda et immensa vehementer* llamaba San Agustín a la vida del hombre. «Yo no soy un libro hecho con reflexión– yo soy un hombre con su contra-

(1) El *bíos* del hombre, el curso y el modo de su vida personal, se realiza asumiendo lo que en su realidad es *zôê*, animalidad, y tal es la razón por la cual la vida humana, que en su esencia es autoposesión de la propia realidad, sea autoposesión en decurrencia (Zubiri). «Es precisamente por esta radicación del *bíos* en la *zôê* –escribe Ellacuría– por lo que la vida humana es constitutivamente cursiva y la autoposesión es argumental. Y lo es según un triple aspecto: continuidad conexa de acción, concatenación de proyecto, trama transindividual de destinación. Por ello, el hombre es agente, ejecutor de la continuidad del hacer, autor, decididor de proyectos, y actor, cumplidor del curso destinacional. Todo ello en estructura temporea. Frente al tiempo como duración sucesiva (antes, ahora, después), el hombre es agente natural de sus acciones; frente al tiempo como futurición (pasado, presente, futuro), el hombre es autor biográfico, y hasta cierto punto histórico; frente al tiempo como emplazamiento (comienzo, camino, fin), el hombre es actor personal. El hombre está así tensado de manera durante, esforzado en lo que va a hacer de él y abocado al término de la muerte» (en «Introducción crítica a la antropología filosófica de Zubiri», pág. 130).

dicción», se dice, castellanizado el dístico por Ortega, en el drama neorromántico alemán *Ulrico de Hutten.*

Con frecuencia bajo forma de veleidad, nuestra libertad, más o menos indiscerniblemente mezclada con el azar, rompe y rectifica la continuidad factual de nuestra vida. ¿Podrá afirmarse, pues, que en su expresión empírica y descriptiva sea un todo unitario el curso de la biografía? A la vista de sus internas discrepancias, ¿puede un hombre sostener en redondo que de algún modo y en alguna medida no es él una discontinua sucesión de varios Dr. Jekyll y Mr. Hyde?

En mi opinión, sí, y tanto desde el punto de vista del sujeto viviente como desde el punto de vista de quien le observa. En todo momento, pero sobre todo cuando, por la razón que sea, se siente obligado un hombre a mirar y juzgar el conjunto de su vida pasada y a otear las posibilidades de su vida por venir, la diversidad de sus acciones personales adquiere para él figura coherente y sentido unitario. Podrá ocurrir, sí, que el arrepentimiento le haga considerar rechazable –mas no como no-suya, sino precisamente como suya; y tampoco como inexistente, sino precisamente como recordada y operante– alguna parte de ellas; podrá igualmente acontecer que un cambio más o menos súbito en sus creencias y esperanzas básicas le mueva a emprender una vida nueva; pero por obra de mecanismos muy diversos, la aceptación, la reinterpretación y el rechazo, el conjunto de lo que él hizo deja de ser a sus ojos una adición fortuita o caprichosa de actos y eventos, y se trueca en unitaria autobiografía. «No soy como aquél, pero aquél era yo; más aún, sólo ahora, bien que por la vía del arrepentimiento, llegan a tener pleno sentido como *mías* mis acciones de antaño», viene a decirnos el San Agustín de las *Confesiones.* Los versos con que Unamuno expresa su recuerdo de sí mismo, cuando, ya varón maduro, recorre la casa en que había transcurrido su mocedad –«miro como se mira a los extraños, al que fui yo a los veinticinco años»–sólo verdad penúltima tienen, y tal penultimidad es justamente lo que les confiere la vena más sutil de su dramatismo.

Más patente todavía se hace el carácter de conjunto unitario que posee la propia vida cuando en los instantes postreros de ella se sabe y se quiere hacer de la muerte –no siempre acontece así– un acto personal; cuando, de uno u otro modo situada la persona ante el curso entero de su existencia y ante lo que para ella haya sido el sentido último de sus acciones más personales –haber salido de las manos de Dios e ir hacia ellas, haber participado en la lucha de la humanidad hacia una sociedad íntegra y definitivamente socialista, haberse debatido con la idea de que es irrebasablemente absurdo el hecho de vivir– tácitamente se dice en su intimidad: «Así he sido yo y así entrego mi vida». Por la triple vía antes señalada, la aceptación, la reinterpretación y el rechazo de lo hecho, el camino que como *homo viator* había recorrido el moribundo llega a tener a sus ojos figura coherente.

Mas no sólo para el autor y actor de ella puede ser un conjunto unitario la biografía; también, y esto es ahora lo importante, para quien como observador la contempla. Cuando el aspirante a biógrafo pasa de la mera recolección de

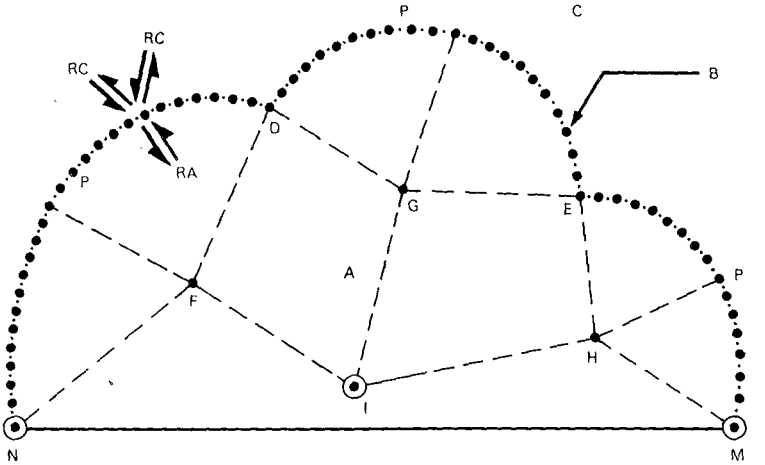


Fig. 1. Esquema del curso de una vida, tal y como el biógrafo llega a verlo. N, Nacimiento. M, Muerte. A, Intimidad del biografiado. B, Superficie receptiva, expresiva y ejecutiva de la vida personal; en ella se hace perceptible el contacto reactivo y creador de la persona con su mundo. C, Mundo del biografiado. P, Puntos representativos de los documentos que nos informan acerca de su vida personal (testimonios, acciones, sucesos, obras). ND, DE, EN, Fases de la biografía. F, G, H, Centros interpretativos de cada una de las fases; en ellos reciben éstas su sentido unitario. I, Clave interpretativa de la biografía entera; lo que para el biógrafo fue la persona de su biografiado. RC, Relaciones –pasivas, reactivas, creadoras– de la persona con su mundo. RA, Doble relación –de creación y de apropiación o de rechazo– de la intimidad del biografiado con cada una de sus acciones y sus obras.

documentos y su adecuada ordenación cronológica a lo que según la fórmula de Dilthey debe ser su verdadera meta, entender la vida de su biografiado mejor que éste la entendiera, lo que hace es descubrir o adivinar los varios centros interpretativos hacia los que pueda ser referida y desde los que pueda ser entendida la diversidad o la disparidad de las múltiples acciones particulares. Mentalmente instalado en ellos, y mediante un segundo y superior esfuerzo interpretativo, intentará comprender como un conjunto descriptiva e intelectivamente unitario el curso total de la biografía por él estudiada. Un esquema geométrico nos hará ver esto con entera claridad (fig. 1).

Librémonos de pensar, sin embargo, que el conjunto de la biografía constituye un todo unitariamente comprensible, compuesto por etapas susceptibles también, una por una, de particular e íntegra comprensión. Una persona no es simplemente el caso individual de un determinado modo de ser hombre –gobernante de la Grecia antigua, pintor italiano del Renacimiento, funcionario de la Tercera República Francesa, etc.–, ni la más o menos unitaria composición de modos típicos de hacer la vida humana –alumno de tal o cual colegio, cirujano, padre de familia, deportista, etc.–. Por otra parte, tampoco el curso de la vida personal es una melodía sin notas y fragmentos discordantes. «Soy por

naturaleza opuesto a toda ley, y estoy hecho para las excepciones», afirmó de sí mismo Oscar Wilde. Exageraba, sin duda, porque lo que todos tenemos de naturaleza –nuestro organismo, nuestra psique, la ordenación social de nuestra vida– *nolens volens* nos somete a ley; pero acertaba, a la vez, porque lo que cada uno tiene de persona –su libertad, su capacidad de apropiación y de rechazo– sólo trueca en ley efectiva aquello que él libremente acepta, y porque la posibilidad de constituirnos en excepción, no sólo a la ley general, también a cuanto en nosotros mismos parezca ser regla, pertenece esencialmente a nuestra *naturaleza personal;* a la *vida personal,* dirá Ortega. Toda persona es por esencia un ente atípico, y la comprensión unitaria e integral de una biografía nunca pasará de ser un ambicioso ideal. Pero esta irrebasable realidad no quita licitud al empeño de comprender y no meramente describir la biografía como unidad total de la vida humana, ni exime del esfuerzo de indagar el sentido biográfico que respecto de la biografía en su conjunto pueda tener cada una de las acciones y vicisitudes que la componen. Entre ellas, por supuesto, la que denominamos enfermedad.

2. La fase

Dentro de la total unidad de la biografía, y cualquiera que sea el número y la importancia de sus fragmentos atípicos, el curso vital de una persona presenta *fases,* lapsos temporales más o menos largos y más o menos regulares, en los que el modo de vivir difiere del que les precede y del que les subsigue y se mantiene relativamente constante. Ahora bien, un examen mínimamente detenido de tales lapsos permite discernir en ellos dos órdenes muy bien diferenciados: las fases preponderantemente biológicas, las edades, y las fases preponderantemente biográficas, las vidas sucesivas, y dentro de ellas las vidas complementarias.

a. *Las edades*

La distinción de *edades* en la vida del hombre es seguramente tan antigua como el hombre mismo. ¿Cómo no advertir que la realidad del niño es ostensiblemente distinta de la realidad del adulto y el viejo, y que por tanto requiere una palabra especial para nombrarla? Sería aquí impertinente una exposición detallada de las diversas ordenaciones cronológicas de la edad en las distintas culturas y una historia de los modos con que sus distintas etapas han sido consideradas. Debo limitarme a esbozar cómo desde un punto de vista antropológico y biográfico, no meramente biológico, deben ser entendidas las que para todos parecen ser esenciales.

1.ª Infancia. Viene el niño al mundo con el material genético que sus progenitores le transmitieron, del cual serán consecuencia fenotípica su biotipo y no pocas de sus disposiciones individuales de carácter intelectual y afectivo, y

con las secuelas que a su organismo y a su psique hayan impuesto las vicisitudes de su existencia intrauterina: buen o mal desarrollo embrionario y fetal, posibles lesiones germinales. Sobre este fundamento psicoorgánico irá asentándose todo lo que el mundo inmediato del infante –alimentación, posibles enfermedades e inmunidades, atención afectiva por parte de las personas que le rodean, hábitos sociales, a la cabeza de ellos el lenguaje– vaya aportando a su individual realidad. Recibiendo según su peculiaridad somática y su peculiaridad psíquica lo que el mundo le da, el niño va a la vez constituyéndose como persona en acto, personalizándose, y convirtiéndose en incipiente sujeto social, socializándose. Su esencial personeidad, diría Zubiri, va realizándose como concreta personalidad. Todo su entorno contribuye a ello; pero acaso no sea inoportuno subrayar la especial importancia que en ese doble y simultáneo proceso tienen la adquisición del idioma materno, en tanto que momento expresivo de un determinado modo de estar en la vida y en el mundo, y la relación afectiva del infante con las personas más próximas a él. Desde los trabajos de Spitz sobre el hospitalismo, a los que tan amplio desarrollo antropológico ha dado Rof Carballo con su doctrina de la «urdimbre afectiva», es bien conocida y ha sido mil veces comentada la influencia que sobre el desarrollo psíquico y orgánico del niño tiene el ambiente afectivo en que se formó durante los primeros años de su vida. No parece excesivo decir que el amor es uno de los más importantes componentes de la dieta infantil; y en recuerdo de los inmortales versos de Virgilio en su Egloga IV –*Incipe, parve puer, risu cognoscere matrem...*–, tal es la razón por la cual llamé hace tiempo «sonrisa virgiliana» a aquella con que a partir del segundo mes de su vida responde el niño a las caricias maternas (2).

Con esa su primera sonrisa convivencial –antes suele haber otra, puramente vegetativa; en mi terminología, la «sonrisa rabelesiana»–, el lactante está demostrando que no es sólo acepción pasiva la paulatina incorporación de lo que su mundo le va dando. Además de tal acepción, en el niño hay verdadera respuesta. El nebuloso despertar progresivo de su conciencia personal es muy temprano, y así lo ha demostrado, desde que Freud y Bleuler la pusieron en evidencia, la importancia de las primeras vivencias del infante en la configuración de su ulterior vida psíquica. Aunque el yo del niño, muchas veces actualizado como un nebuloso y tácito «nosotros», no sea todavía lo que será en la adolescencia, su desarrollo va haciendo incipientemente «personal» la vida infantil (3).

2.ª Adolescencia. Paulatinamente, la infancia va convirtiéndose en adolescencia. Toda una serie de notas somáticas hacen patente el tránsito; muy en primer término, las de carácter sexual. Lo cual quiere decir que la condición primariamente sexuada de la vida humana, sobre lo que tanto han insistido Marañón y Marías, es ahora cuando empieza a cobrar patencia, y esto explica

(2) Véanse las páginas que en *Teoría y realidad del otro* (Madrid, 1961), vol. II, dedico a la primera sonrisa del lactante.

(3) Más datos y algunas reflexiones sobre este proceso, en mi libro *Medicina e Historia* (Madrid, 1941).

que suelan usarse como sinónimos los términos «adolescencia» (de *adolescere*, crecer) y «pubertad» (de *puber*, el vello viril). En su sentido más estricto, la pubertad, en efecto, es el lapso temporal de la vida en que el niño llega a ser púber, individuo apto para la reproducción. Volveré sobre el tema al estudiar la determinación sexual y sexuada de la realidad humana.

En el orden psíquico, el rasgo principal de la adolescencia, fase biográfica que en algunas personas puede prolongarse muy notablemente, consiste en la plena actualización del yo y en las varias consecuencias que de ello se derivan. La conciencia que de su propio yo tiene el infante es, como he dicho, vaga, nebulosa, oscilante, y sólo muy lentamente se desarrolla y acentúa. Con la pubertad, en cambio, el desarrollo de esa conciencia se hace rápido, casi explosivo, y el púber descubre su propia realidad y la realidad del mundo –dentro de éste, los «otros»– con una suerte de íntima extrañeza, cuando no de íntimo malestar. Charlotte Bühler, cuyos estudios acerca de la psicología del joven todos tienen por clásicos, distingue en la pubertad, considerada como fase de la vida, dos subfases sucesivas, una primera negativa (desasosiego, disgusto, excitabilidad, torpeza en los movimientos, rechazo del mundo en torno) y otra ulterior positiva, la adolescencia propiamente dicha (afirmación del mundo y de la vida, visión esperanzada del futuro, entusiasmo generoso). Con ella, la pubertad se convierte resueltamente en juventud.

3.ª Juventud. Solemos llamar juventud a la etapa de la vida que transcurre desde la adolescencia hasta esa no bien caracterizada edad que denominamos madurez. Y si no hay solución de continuidad entre la adolescencia y la juventud propiamente dicha, menos aún la hay entre la edad juvenil y la edad madura. ¿Cuándo un joven y una joven dejan de ser jóvenes *stricto sensu* y se convierten en varón y mujer incipientemente «maduros»? ¿Cuándo en la relación social se comienza a distinguir entre el «ser joven» y el «estar joven»?

Pese a la imprecisión de sus límites, la juventud puede ser definida y descrita desde los cuatro principales puntos de vista –quedan aparte el metafísico y el religioso– con que es posible considerar descriptivamente la realidad concreta de un hombre.

Somáticamente, a la juventud la caracteriza el pleno desarrollo de todas las funciones orgánicas: crecimiento, actividad sexual, capacidad digestiva, mecanismos de la resistencia a la fatiga, turgencia vital, actividades neurofisiológicas; mas no debe olvidarse que la involución de la columna vertebral comienza poco después de los veinte años y que la plasticidad morfológico-funcional del sistema nervioso –capacidad de adaptación, creación de actividades vicariantes tras una lesión local–, se halla en notoria regresión desde la infancia. Cierta heterocronía existe, pues, en el curso biológico de los distintos aparatos y sistemas.

Cambian también la estructura y el contenido del psiquismo. Este, tras la adolescencia, se hace más normalmente «propio». Las emociones están mejor integradas en la totalidad de la psique, y vistas desde fuera parecen ser más razonables. Se asienta y normaliza la conciencia del propio yo y del yo de los otros. En la memoria disminuye algo la capacidad para la retención, tan alta en

el infante, y va aumentando la capacidad para el recuerdo de la significación. Tras la crisis de la adolescencia, el pensamiento, regido en el niño por una «lógica de lo subjetivo y lo concreto», pasa a ser más y más orientado por una «lógica de lo objetivo y lo abstracto». Cambia asimismo la instalación de la persona en la existencia y en su biografía. Solía decir de viejo el gran arquitecto Frank Lloyd Wright, con una elegante mezcla de ironía y optimismo, que la juventud no es más que un estado de ánimo (4). ¿Cuál? Yo me atrevería a definirlo así: la conciencia explícita o implícita de poder serlo todo y de poder comenzar de nuevo mañana, si el camino elegido se ha revelado inviable, y un habitual reposar ciegamente, inconscientemente, sobre el suelo de esas dos convicciones vitales. Recuerde el lector su juventud, si ya pasó de ella, y mire la conducta de los jóvenes en torno.

La importancia de la juventud en la sociedad aumentó a ojos vistas a partir de la Primera Guerra Mundial y ha crecido espectacularmente a raíz de la Segunda. El arrollador prestigio de «lo nuevo» y «lo vigoroso», la consiguiente juvenilización en los modos de la vida social y la permanente conciencia de crisis en el vivir colectivo –por tanto: la evidencia del continuado fracaso histórico de «los mayores»– han sido las causas principales del fenómeno.

Freud mostró la normalidad que dentro de la concepción psicoanalítica de la biografía tienen el complejo de Edipo y la rebelión del hijo contra el padre. Sin apoyarse en la doctrina freudiana, más aún, con graves reservas respecto de ella, Marañón subrayó luego el papel central de la rebelión entre los deberes de la juventud. Y poco más tarde, tras el enorme trauma histórico de la Segunda Guerra Mundial, el Occidente entero ha asistido –junto a la progresiva juvenilización de la vida antes mencionada– a las múltiples formas, unas pacíficas y meramente evasivas, como la adicción a la droga, otras cuasiviolentas, como el mayo parisiense del 68 y el auge de la delincuencia, que ha adoptado el levantamiento de los jóvenes contra el mundo de sus padres. No será necesario recordar el inmenso y fugaz prestigio de Herbert Marcusse y la significativa conducta de Jean-Paul Sartre en la famosa *révolte* del mayo parisiense. Al iniciarse la década de los 80, ¿se estará produciendo entre los jóvenes, como apunta J. L. L. Aranguren, un nuevo y distinto «reencantamiento del mundo»? (5).

4.ª Madurez. Durante siglos y siglos, el niño, el adolescente y el individuo en su primera juventud han sido considerados como aprendices de adulto; no, por tanto, según lo que por sí mismos eran, sino según lo que aún no eran; más concisamente, como un «todavía no». Comenzaron a cambiar las cosas en los últimos decenios del siglo XVIII. Al sentimentalismo de los «ilustrados», y luego a Rousseau y a Pestalozzi, se debe el descubrimiento y la consideración del niño como un ente humano *sui generis* y *sui iuris*. El movimiento prerromántico

(4) Cierto, si de esa fórmula se suprime el «no más que». Lo malo es que cuando uno descubre esa verdad ya no es joven.

(5) La descripción de ese fenómeno –dentro de una esquemática, pero bien documentada y penetrante exposición del actual «problema de la juventud»– puede leerse en J. L. L. Aranguren, *Bajo el signo de la juventud* (Aula Abierta, Salvat, Madrid, 1982).

Sturm und Drang («Tempestad y empuje») fue, entre otras cosas, una primera afirmación de la peculiaridad y el derecho del joven. Juvenil fue asimismo la vida romántica. Con todo, como acabo de apuntar, sólo tras la Primera Guerra Mundial cobrará amplia vigencia social el hecho de la desmitificación de la madurez. Si durante siglos han sido el niño y el joven un «todavía no», durante los últimos decenios ha parecido ser el adulto un «ya no», es decir, el primero y más directo titular de «lo pasado».

Ha parecido ser, he dicho, porque, más o menos juvenilizado en su apariencia y en sus usos, el adulto es quien de hecho gobierna el mundo; y con él, aun cuando en menor medida que en otros tiempos, el senior, el viejo. No será necesario recordar el papel de Churchill, Adenauer, de Gasperi, Golda Meir y otros políticos durante la Segunda Guerra Mundial y en los años subsiguientes a ella. ¿Por qué? Por dos principales razones concurrentes. La primera, que el mundo es ante todo real, y, en consecuencia, que las posibilidades de acción sobre él, abundantes o escasas, fáciles o arduas, sólo desde el punto de vista de la realidad del mundo pueden ser eficazmente manejadas. «La imaginación al poder», gritaron los jóvenes del mayo parisiense; pero es el caso que la imaginación sólo puede ser «poderosa» cuando se funda sólidamente en lo real. La segunda, que, por razones a un tiempo biológicas y psicológicas, con la iniciación de la madurez va creciendo en el hombre y haciéndose más y más patente el haber vital que Marías ha llamado «riqueza de realidad», la posesión de una experiencia de «lo que es» cada vez más copiosa; esa sin la cual la imaginación, necesaria siempre, si lo que se quiere es vivir originalmente, nunca podría modificar la realidad del mundo. Así lo demuestra, pienso, un examen atento del campo y el modo de la genialidad humana cuando ésta se manifiesta en la juventud (poetas, matemáticos, músicos) y cuando se consolida en la madurez. En suma: ser existencialmente adulto es sentir y saber que algo de lo que uno podría ser ya no podrá serlo, y poseer de manera más personal y real –más profunda, lúcida y degustadoramente– aquello que todavía se puede ser o se está siendo. La «edad del ya y el todavía», podría llamársela.

5.ª Senectud. Pese al carácter de altiplanicie vital que, mirados en su conjunto, son los años de la madurez, ya durante ésta comienza la declinación orgánica del sujeto: primeras arrugas, primeras canas, con todo el cortejo de hechos morfológicos y funcionales que piel adentro del adulto pueden ser detectados. Llegan a su cima, en cambio, la capacidad discursiva, la memoria semántica, el vigor para el pensamiento abstracto y el talento para la visión sintética y fundamental de los problemas.

Todo ello va decayendo en la senectud, y tal pérdida comienza a adquirir tinte más o menos patológico cuando el viejo se hace decrépito. La piel y las uñas, el ojo y el oído, los aparatos respiratorio y cardiovascular, las glándulas excretoras e incretoras, el peso, la textura celular y el quimismo del cerebro; todo en el organismo acusa el tránsito de la madurez a la senectud y el progresivo avance de ésta. El psiquismo, por su parte, también se altera: decrece la memoria, sobre todo de lo reciente, y son frecuentes las «fugas» en el recuerdo de nombres propios y detalles concretos, disminuye la capacidad de adapta-

ción a los cambios sociales, se hace reiterativa el habla, aumenta la fatigabilidad de la mente. El recuerdo añorante de lo pasado y la aceptación resignada de lo actual –poseer lúcida y aceptadoramente los restos grandiosos o miserables de lo que se ha sido– serían, pues, las principales reglas de vida que caracterizarán a la senectud.

Dos órdenes de hechos obligan, sin embargo, a revisar o matizar la validez de ese clisé, vigente, por lo menos, desde el *senectus ipsa morbus*, de Terencio. Por un lado, el rol que la vejez tan largo tiempo ha tenido en la vida de muy diversos pueblos: la función de mando y el halo de prestigio del «anciano». En las sociedades patriarcales, recuerda Simone de Beauvoir, la longevidad es considerada como «la suprema recompensa de la virtud». Por otra parte, los resultados a que la investigación gerontológica, tan poderosamente suscitada por el actual auge demográfico de la tercera edad, día tras día está llegando. Un autor reciente, N. Butler, ha enumerado toda una serie de mitos que es necesario destruir: el mito del envejecimiento cronológico, es decir, la idea de que la edad vital de un individuo se mide por la cifra de sus años; el mito de la improductividad; el mito de la falta de interés por las cosas; el mito de la inadaptabilidad; el mito de la senilidad (pérdida de memoria, disminución de la capacidad de atención, aparición de episodios confusionales); el mito de la serenidad. Los nombres antes citados, y con ellos los de Sófocles, Kant, Goethe, Goya, Menéndez Pidal, Gómez Moreno, Picasso, Miró, Carande, Galo Leoz y tantos más acreditan egregiamente, desde sus respectivos tiempos, lo que entre bromas y veras más de una vez he dicho yo del nuestro: «Vivimos en un nivel de la historia y en un modo de la sociedad tales, que ya no hay jóvenes y viejos; hay tan sólo jóvenes y enfermos» (6).

b. *Vidas sucesivas y vidas complementarias*

En el curso de la biografía, las edades son fases preponderantemente biológicas. Junto a ellas, solapadas con ellas, es posible observar la existencia de fases preponderantemente biográficas: las que desde hace tiempo vengo denominando *vidas sucesivas*.

Raros son los hombres cuya biografía aparece como realización lineal de un solo proyecto vital a lo largo de las diversas edades. No: ni transversal, ni longitudinalmente son frecuentes, si es que hay algunos, los «hombres de una pieza». Con oscilante y desigual atención hacia una o hacia otra, innumerables

(6) Es de rigor recordar aquí la espléndida caracterización de las tres principales edades –juventud, madurez, senectud– que contiene la *Retórica* de Aristóteles (1389 a 2-1390 b 15). El carácter *(êthos)* de cada una de esas edades depende de lo que en ellas es el hombre por naturaleza *(katà phýsin)* y por experiencia *(peira)*. Tal es la razón de la plenitud o culminación *(akmê)* en que vive el varón maduro; plenitud que el cuerpo goza entre los 30 y los 35 años, y el alma alrededor de los 49.

Zubiri ha distinguido muy sutilmente entre «edad», refluencia de la posición de un hombre en la altura procesual sobre su realidad individual y «etaneidad», nivel histórico del yo de un individuo humano. Platón joven y un esquimal joven del siglo v a. de C. coincidían en ser ambos sincrónicos y jóvenes, pero en modo alguno eran «coetáneos». Véase «La dimensión histórica del ser humano», en *Realitas* I (Madrid, 1974), 11-69.

personas llevan adelante todo un haz de *vidas complementarias*, y parte de la inquietud a que siempre está sometida la intimidad humana consiste en tener que pasar con frecuencia de una a otra. Einstein, por ejemplo, fue a la vez, saltando a veces de uno a otro registro vital, físico teórico, luchador por la libertad y la paz, hombre fiel a su condición de judío, violinista de afición y varón familiar.

Sin tener en cuenta en absoluto la simultaneidad complementaria de este manojo de vidas, en modo alguno podrían entenderse la personalidad y la persona de Alberto Einstein. Docenas de casos análogos podrán ser fácilmente añadidos por el lector. Pues bien: como según una sección de su fluente realidad transversal no hay o apenas hay hombres de una pieza, tampoco los hay según una sección longitudinal de sus respectivas biografías; y las principales fases que en el curso de su existir así pueden ser discernidas, son las *vidas sucesivas* de su titular.

Entre tantos posibles, un único ejemplo: el de Miguel de Unamuno. La comprensión de la vida personal de éste no sería posible sin distinguir en su curso las siguientes fases biográficas: su juventud, hasta la crisis religiosa que le condujo a una suerte de mentalidad –es su palabra– «spenceriana»; los años transcurridos entre aquélla y una segunda crisis religiosa, la que engendró en él su tan personal «cristianismo agónico»; la etapa que va desde entonces hasta su cese como Rector de la Universidad de Salamanca; el amplio y accidentado lapso temporal –Salamanca, Fuerteventura, París, Hendaya– que hay entre dicho cese y el regreso a la patria en 1930; su renovado y renovador contacto con España desde 1930 hasta el célebre episodio del 12 de octubre de 1936 y, en el centro de esa nueva experiencia de la patria, la muerte de la esposa; las siete semanas que separan ese 12 de octubre del día de su muerte, al término de 1936. Mil veces se ha dicho que a lo largo de su vida es el hombre *idem sed aliter*, «el mismo, pero de otro modo»; mejor aún: «de otros modos». Los «otros modos» como el hombre Miguel de Unamuno fue quien fue y lo que fue, esa serie de vidas sucesivas los jalonan y constituyen.

Basta lo dicho para advertir que la aparición de una vida sucesiva en la serie de todas ellas puede ser determinada por el tránsito de una edad a otra; y en cualquier caso, siempre el vivir propio de cada edad matizará el contenido y la apariencia de la vida sucesiva a que corresponda. Alguna diferencia hay entre el Unamuno de *Del sentimiento trágico de la vida* y el Unamuno de *San Manuel Bueno, mártir*; diferencia que ante todo depende de pertenecer esas obras a vidas sucesivas distintas entre sí, pero a la cual no es ajeno el hecho de que la primera fuese compuesta en plenísima madurez y la segunda fuera escrita en incipiente, aunque vigorosa senectud. Sin embargo, el nacimiento de las vidas sucesivas es principalmente debido al advenimiento de vicisitudes biográficas fuertemente incisivas y renovadoras –conversiones religiosas, enamoramientos, crisis de diversa índole, descubrimiento de nuevas vocaciones, muerte de personas amadas, enfermedades graves–, al surgimiento de cambios importantes y rápidos en el mundo de que se es parte –guerras, revoluciones, exilios– o a la conjunción de una y otra causa. Por esto dije que si las edades

son fases de la existencia personal preponderantemente biológicas, las vidas sucesivas son fases vitales preponderantemente biográficas (7).

3. Las series típicas

Desde que las describió Jaspers, es frecuente, sobre todo entre psiquiatras, distinguir las dos «series típicas» del curso de la biografía que él denominó *desarrollo* y proceso.

a. *El desarrollo*

Llama Jaspers *desarrollo* a toda acción y a todo acontecer psíquicos –psicoorgánicos, diremos nosotros– susceptibles de ser comprendidos por quien desde fuera los contempla, en el sentido técnico o diltheyano del verbo comprender: conjeturar de manera plausible, puesto que nunca puede ser evidente el conocimiento del otro, el sentido que esa acción y ese acontecer poseen en la total existencia de su autor.

Habitualmente, el desarrollo pertenece a la vida normal. En el andén de una estación veo cómo se va acercando un tren militar. Llegan una mujer ya entrada en años y un soldado joven, se detienen los dos ante un vagón, se abrazan, sube el soldado al tren, y éste arranca; luego la mujer se sienta en un banco y llora en soledad. ¿Puedo yo comprender la conducta de esa mujer? Sin duda: se trata de la madre que despide a un soldado, con el temor de no volverle a ver; ése es el sentido de todas sus acciones. Y yo lo comprendo, tanto por haber visto antes escenas semejantes, como porque sin esfuerzo puedo ponerme imaginativamente en el trance vital de esa persona.

No sólo en la vida normal; también en la vida patológica pueden existir los desarrollos, en la acepción jaspersiana de esta palabra. Una muchacha de servir cae al suelo sin sentido después de haber roto por descuido un jarrón que su ama tiene en mucha estima. ¿Qué ha sucedido allí? No es necesario poseer gran experiencia psiquiátrica para adivinar –para conjeturar, más bien– que la caída de la muchacha en la inconsciencia es una reacción histérica defensivo-evasiva ante una situación que rebasa sus posibilidades «normales» ante la vida. Mediante una sencilla clave interpretativa, freudiano-kretschmeriana en este caso, he logrado comprender la anormal, en cierto modo patológica conducta de la muchacha en cuestión. Además de las reacciones histéricas, ¿cuántas reacciones morbosas son «desarrollos»? Y las que lo sean, ¿en qué medida

(7) En dos libros de J. Marías, *Antropología metafísica* (*Obras, X*) y *Ortega. Las trayectorias* (Madrid, 1983), el concepto de «trayectoria vital» es temáticamente introducido en la teoría y la descripción de la biografía. Pienso que las «vidas complementarias» y las «vidas sucesivas» de que se habla en este apartado coinciden con las trayectorias efectivamente «realizadas» entre todas las meramente «posibles», y sólo como tales posibilidades incorporadas a la vida real de quien las concibió, de que en esos libros habla Marías. Naturalmente, toda trayectoria realizada –toda vida complementaria y toda vida sucesiva– tiene el curso «dramático» que a la vida humana es esencial. El tema de la edad y las edades es tratado en el primero de esos libros.

y de qué modo lo serán? Forzosamente habrá que plantearse este tema en páginas subsiguientes.

b. *El proceso*

Frente al desarrollo, el *proceso:* la acción y el acontecer psicoorgánicos no susceptibles de comprensión psicológica, sólo accesibles a la explicación científico-natural. ¿Qué sentido tiene la aparición de un cuadro confusional y delirante en una reacción exógena de Bonhoefer? La respuesta tiene que ser ésta: «No lo sé y no puedo saberlo». Mi intelección científica del caso no podrá ser sino la que me ofrezca la exploración neuropatológica y psiquiátrica del sujeto y la pesquisa de las posibles relaciones entre su vida premorbosa y el contenido del delirio. Procesos son asimismo, en este sentido, el acceso de manía y el brote esquizofrénico.

Por supuesto, también en la vida normal hay procesos. ¿Por qué, sin causa exterior aparente, han surgido en una persona sana tal estado de tristeza o tal estado de euforia? Si esa persona niega en redondo haber vivido en su interior recuerdos que la hayan puesto triste o alegre, por fuerza habría que hacer con ella, si se quisiera entender este acontecer de su vida anímica, lo que se hizo ante el delirante de que acabo de hablar.

La distinción jaspersiana entre el desarrollo y proceso es sin duda válida y útil. Una atenta reflexión sobre ella pronto hará ver, sin embargo, que tanto uno como otro son conceptos-límite; relativos, por tanto, a modos de conducta que en forma totalmente pura no pueden presentarse en la vida real. Algo comprensible tienen los delirios y los brotes esquizofrénicos si se les estudia con paciencia y sensibilidad, y así viene demostrándolo la psicopatología actual. Del mismo modo, algo incomprensible –entre otras cosas, eso por lo cual la comprensión del otro no puede pasar de la conjetura– hay en las acciones y en las conductas ajenas, y hasta en las acciones y la conducta propias, cuando nuestro análisis de ellas es de veras exigente.

Desarrollo y proceso. Dentro de las fases que componen la biografía, edades o vidas sucesivas, ambas series típicas van sucediéndose en el curso de nuestra experiencia.

4. Los ciclos y los ritmos

En el transcurso de las fases vitales se presentan «ciclos» y «ritmos». En lo que tiene de más personal, la vida humana transcurre linealmente, sean la recta o el zigzag la forma de tal linealidad. Desde un punto de partida, la persona se dirige con su acción a un punto de llegada, de éste hacia otro, y así sucesivamente. En lo que de más biológica tiene, nuestra vida avanza hacia el futuro, en cambio, sometida a la ley del ciclo y el ritmo.

No es ciertamente nueva la observación de ciclos en el curso de la vida humana. La noción fisiológica del *kýklos* está ya en los escritos hipocráticos, y a ella recurrió muchos siglos más tarde la especulación de la *Naturphilosophie*

romántica; baste recordar la distinción de Kieser entre la vida telúrica o nocturna y la vida solar o diurna. A comienzos de nuestra centuria, Otto Weininger llegó a contraponer éticamente la austera linealidad rectilínea de las acciones intelectualmente morales y la voluptuosa circularidad recurrente de las acciones sensualmente inmorales; a la cabeza de éstas, el vals, al que Weininger llamó *Dirnentanz*, «danza de rameras».

Acéptese o no la concepción weiningeriana del ciclo vital, el hecho es que éste existe, y hasta que constituye el esquema temporal de las acciones biológicas: sueño y vigilia, ingestión y deyección, inspiración y espiración, sístole y diástole, actividad y reposo, ciclo menstrual, ciclo efemeral o circadiano, ciclos bioquímicos, como el de Krebs y el de la urea. La irrealidad de un «eterno retorno» macrocósmico se hace microcósmica realidad en los ciclos y en los ritmos biológicos de nuestra vida.

Desde hace varios decenios, la cronobiología científica se ha desarrollado considerablemente y empieza a dar frutos en el campo de la fisiología y de la clínica. A título de ejemplo, reproduciré el diagrama de un ciclo circadiano, en el que son consignadas algunas de las variaciones biológicas que durante él acontecen (fig. 2).

Los biorritmos dependen principalmente, como he dicho, de lo que en la unitaria realidad psicoorgánica del hombre tiene carácter más biológico. Erra-



Fig. 2. Representación esquemática de los máximos de actividad circadiana de varias funciones fisiológicas que siguen la periodicidad luz-oscuridad y actividad-reposo. Obsérvese la preponderancia alternante de los sistemas ortosimpático y parasimpático. (Tomado de M. Meulders y N. Boisacq-Schepens: Manual de neuropsicofisiología, II. Toray-Masson, Barcelona, 1981.)

ría, sin embargo, quien desconociese en su estructura la existencia de un momento psíquico y personal, no exclusivamente limitado a la vigencia de ellos. Cualquier conmoción psíquica grave y la práctica voluntaria del yoga pueden alterarlos muy considerablemente. ¿Acaso no hay profesiones, valga este único ejemplo, que obligan a dormir de día y a trabajar de noche?

5. Los cambios de estado

Llegamos por fin en nuestro análisis al «cambio de estado», entendido como paso de un estado vital a otro. Llamo ahora «estado vital» a la sección transversal de la entera realidad personal de un hombre en su curso continuo desde el nacimiento hasta la muerte y dentro de algunos de sus lapsos temporales vitalmente homogéneos. Por ejemplo, el de estar sentado y escribiendo en que ahora me encuentro (8). A la estructura del cambio de estado pertenecen, pues, un momento orgánico, otro psíquico, otro social e histórico y otro estrictamente personal, y a su dinámica una decisión más o menos deliberada y voluntaria, un *go*, como dicen los neurofisiólogos anglosajones, y un *stop*, la llegada al término en que cierta estabilidad fisiológica se instala u otro cambio de estado comienza. Entre uno y otro transcurre la ejecución del cambio, siempre a cargo de las pertinentes estructuras psicoorgánicas.

Los cambios de estado pueden clasificarse por su contenido (cambios locomotores, digestivos, mentales, etc.), por su origen (cambios de carácter más personal o de condición más social, cambios espontáneos y cambios pasivos) y por su comprensibilidad (mayor o menor proximidad al desarrollo o al proceso). Pero sea cualquiera su índole, el lapso mínimo entre dos cambios de estado es la unidad cronobiográfica por excelencia: el elemento temporal y vital a que se llega en el análisis científico de la biografía. De cambios de estado están compuestos las fases, los ciclos biológicos de duración superior a la de las recurrencias electroencefalográfica y electrocardiográfica y los desarrollos y los procesos no limitados a una única acción vital. Allende todo carácter genuinamente biográfico, a la estructura del cambio de estado pertenecen, en fin, los *elementos procesales* que las técnicas de la exploración científica permiten detectar: actividades orgánicas rápidas, procesos biomoleculares y bioquímicos, procesos psíquicos elementales. A todos ellos presta configuración biográfica propiamente dicha su integración en el cambio de estado a que dan estructura.

6. Doble vía para la intelección de un curso biográfico

¿Cómo entender con pleno rigor científico una biografía? A la vista de la descripción precedente, dos vías aparecen como posibles.

(8) No será ocioso advertir que el «estado vital» no supone inmovilidad; en cuanto que perteneciente a una vida, es y no puede no ser un proceso cuya expresión formal apenas cambia. Téngase esto en cuenta para entender correctamente los que más adelante denominaré «estado de salud» y «estado de enfermedad».

La primera y más obvia consiste en partir de la biografía misma, por tanto de la unidad de sentido a que el conocimiento biográfico de una persona debe conducir –Juliano el Apóstata: un emperador romano que en el siglo IV se propuso restaurar la concepción pagana del mundo y de su imperio sobre él; Teresa de Jesús: una cristiana española del siglo XVI, de ascendencia judía, que empleó su vida en la búsqueda de Dios dentro de su intimidad personal y en la creación de un nuevo estilo de la religiosidad conventual; Oscar Wilde: un británico de fines del siglo XIX, cuyo vivir fue la oscilante y heterogénea suma de los siguientes elementos: hedonismo homosexual, creación de una brillante obra literaria, sed de fama y prestigio, íntima exigencia de un elevado ideal ético-estético fundado sobre el amor–, para luego estudiar cómo esa unidad global se resuelve cronológicamente en edades, vidas sucesivas, vidas complementarias, desarrollos, procesos y, si ello fuera documentalmente posible, en cambios de estado y hasta en elementos procesales orgánicos y psíquicos. En conjunto, un ideal prácticamente inalcanzable, al cual, sin embargo, debe el biógrafo acercarse cuanto pueda.

Más que el entendimiento global y cabal de una biografía, la segunda vía es la intelección biográfica de un fragmento de realidad humana. Sin tal modo de la intelección, nunca será verdaderamente antropológico nuestro conocimiento de lo que al hombre atañe. La función gástrica de un determinado sujeto no será bien conocida si el explorador, además de entenderla organológica y bioquímicamente, no sabe referirla a la psicología y a la biografía del sujeto en cuestión; por tanto, si el fisiólogo no sabe pasar metódicamente de la función orgánica a la acción del organismo, de ésta al proyecto vital en que se halle inscrita y del proyecto al plan de vida que el proyecto trate de realizar, y sin indagar luego, con el necesario rigor científico, cómo ese plan de vida ha ido realizándose. La fisiología humana, *además* de organológica y bioquímica, debe ser *también* psicológica, social y biográfica; como la psicología, *además* de ser psicológica, valga la redundancia, *también* debe ser fisiológica, biográfica y social. El subsiguiente estudio de la causación de los cambios vitales, y más adelante la consideración antropológica de la salud y la enfermedad, ineludiblemente van a ponernos ante estos exigentes problemas.

II. EL CAMBIO VITAL DEL HOMBRE: CAUSACION

Repetiré lo dicho: llamo cambio vital de un hombre al constante e inexorable caminar de su realidad desde su nacimiento hasta su muerte. En él he discernido metódicamente la biografía en su conjunto y las varias subunidades que la integran: las edades, las vidas sucesivas y las vidas complementarias, los desarrollos y los procesos, los ciclos biológicos, los cambios de estado. Ahora nuestro problema es: ¿por qué un hombre pasa de una situación vital a otra?; ¿cómo a la luz del conductismo comprensivo que antes propuse puede ser entendido el tránsito de un estado vital al que le sigue, comenzando por el que a todos envuelve y determina, la biografía misma?

Dando por suficientes las breves indicaciones que acerca de la génesis de las edades y de los ciclos vitales quedaron hechas y subsumiendo en el problema de la biografía la intelección causal de las vidas sucesivas y las vidas complementarias, examinaré tan sólo ese problema y el que por su parte ofrece el cambio de estado.

1. Causación de la biografía

¿Por qué el hombre existe biográficamente, por qué se halla forzado a tener una biografía y por qué ésta es precisamente la que él llama suya? En una aproximación inicial, las dos primeras interrogaciones tienen una respuesta común, susceptible de ser ordenada en dos términos complementarios. Se halla el hombre forzado a existir biográficamente porque, en tanto que ser viviente, por necesidad ha de vivir de modo tempóreo desde su nacimiento hasta su muerte y porque, en tanto que ser inteligente y libre, necesariamente ha de realizar como biografía –esto es: como curso vital que en cierta medida él decide y configura, como dramático hacimiento de uno mismo en su mundo (Ortega)– ese inexorable tránsito biológico. Juntos ambos momentos determinan el modo propio de la temporeidad del hombre: la constante tendencia de su vida hacia el futuro –el carácter «futurizo» de ella, según el feliz neologismo de J. Marías– y la ineludible apelación al proyecto y al recuerdo para ir cumpliendo la faena de realizarla.

Pero si no nos contentamos con esta primera aproximación y si queremos pasar del orden de la mera descripción al orden de la nuda realidad, por necesidad también habremos de movernos con lucidez o con turbiedad, ambas posibilidades pueden darse, en el tremedal de la especulación metafísica. ¿Por qué el hombre tiene que nacer, vivir y morir, y no existir de otro modo? ¿Por qué yo he llegado a ser real y no quedó en pura nada la posibilidad de serlo? ¿Por qué unos piensan que la cooperación de un acto creador de Dios y un acto procreador de mis padres me han hecho existir «para algo» –un «algo» que da sentido a mi existencia: servir y amar a Dios, colaborar en la empresa de perfeccionar la humanidad o de dominar el cosmos, etc.–, y otros afirman que mi existencia y la de todos mis congéneres no pasa de ser «hecho absurdo» y «pasión inútil»? ¿Por qué estoy condenado a morir sin saber de veras lo que el morir sea? Preguntas y preguntas, cuya respuesta, cuyas varias posibles respuestas, más bien, se hallan fuera del marco y el propósito de este libro (9).

(9) ¿Por qué hay ser y no más bien nada?, se pregunta Heidegger. A mi modo de ver, una respuesta a esa interrogación sólo puede ser dada por vía transfilosófica y creencial; la filosofía y la ciencia se limitarán a hacer más o menos razonable la creencia desde la cual se responda; así procedió Haeckel, y así ha procedido Teilhard de Chardin. Pero admitiendo como hecho y como punto de partida que hay realidad y ser, pienso que la más satisfactoria doctrina filosófica acerca del «por qué» y el «cómo» de la realidad con que el hombre se encuentra –el cosmos, la biosfera, la humanidad misma– es la expuesta por Zubiri en el curso, inédito hasta hoy, «Estructura dinámica de la realidad», culminación de la metafísica zubiriana. En espera de su publicación, vea el lector el apartado «El dinamismo de la realidad humana» en el estudio de I. Ellacuría varias veces mencionado, y A. López Quintás, «La metafísica de Xavier Zubiri y su proyección al futuro», en *Realitas* I (1974), 457-476.

Pero si en mis interrogaciones me decido a pasar del «por qué» al «cómo», entonces el examen del problema puede ofrecerme nociones por completo pertinentes a la antropología médica.

¿Cómo el hombre es procreado y nace? La genética y la embriología nos dicen sobre ello multitud de cosas. ¿Cómo el hombre crece y vive? Ahí están la fisiología, la psicología, la ecología, la sociología y la etología para responder largamente. ¿Cómo el hombre muere? La tanatología actual empieza a ser, a tal respecto, una verdadera mina de saberes. O bien, ya en el meollo de nuestro tema: ¿cómo queda factualmente determinado el contenido de una biografía?

Una sentencia de Dilthey, ampliamente difundida entre nosotros por Ortega, puede servirnos como punto de partida para la respuesta. La vida del hombre, escribió el filósofo germano, es una misteriosa mezcla de destino *(Schicksal)*, azar *(Zufall)* y carácter *(Charakter)*. Examinemos uno a uno los tres términos de la proposición.

a. *El destino*

La vocación de un hombre es lo que en su intimidad ese hombre *se siente* llamado a ser. Su destino, en cambio, es lo que de hecho *está* llamado a ser y efectivamente *va siendo* y *ha sido*. Dos llamadas de la persona al ser, a su ser propio, notoriamente distintas entre sí. La de la vocación es interiormente vivida, y quien dentro de sí la oye puede seguirla o no seguirla. «Ha traicionado a su vocación», decimos de quien la desoye o se opone a ella. La secreta llamada del destino, por el contrario, no puede oírse y no puede ser traicionada, porque el destino de una persona no es lo que ella pensó o creyó que estaba destinada a ser, ni lo que los demás creyeron o pensaron acerca de su posible porvenir –«contra lo que pudiera pensarse o creerse, este hombre estaba llamado a ser tal o cual cosa», decimos a veces–, sino lo que al fin y de hecho ha sido de ella.

Al margen de cualquier interpretación mitológica o supersticiosa de la «suerte» o la «fortuna»; por debajo de la concepción positivista de una y otra como puro mito, como si lo que un hombre hace y a un hombre le acontece no pasara de ser la consecuencia de una cadena de eventos positivamente analizables; sin desconocer, por otra parte, la fuerza coactiva que sobre la conducta tienen las leyes cósmicas y las convenciones sociales; dando todo su valor, en fin, al papel de la libertad, la energía y la constancia en la orientación de la vida personal y en la serie de decisiones que la realización de ésta lleva consigo, es preciso reconocer que, en relación con la total configuración de la biografía, las expresiones «buena suerte» y «mala suerte» o «buena fortuna» y «mala fortuna» distan mucho de carecer en absoluto de sentido. Pues bien: a este último y oculto sentido real que posee la apelación a la buena o la mala fortuna como instancias parcialmente decisorias de lo que entre nuestro nacimiento y nuestra muerte va siendo y al fin es de nosotros, a eso aluden las palabras «destino» y «sino». Tal es la razón por la cual hay que contar con él –con una idea precisa acerca de él– cuando se quiere entender en su integridad el todo de una biografía.

En lo que de analizable tiene el destino de un hombre, cuatro momentos es posible discernir en su estructura:

1.º Un momento biológico: la constitución del sujeto, en cuanto que genética y ambientalmente condicionada –cariotipo, lesiones germinales, alimentación, influencias del medio, enfermedades, etc.– y fenotípicamente manifiesta. En su manifestación psicológica, el temperamento, la inclinación y la aptitud son los modos principales de expresarse. *Verbrechen als Schicksal*, «Crimen como destino» –«como sino», más bien–, fue el título de una monografía del psiquiatra J. Lange acerca del coincidente comportamiento criminoso de ciertos gemelos univitelinos.

2.º Un momento psíquico o, mejor dicho, psíquico-personal: el papel que en la configuración del destino tengan la vocación personal, la idea de sí mismo y la fuerza de voluntad.

3.º Un momento social. La pertenencia del individuo a un determinado grupo o a una determinada clase en el seno de una sociedad muy rígidamente constituida, se impondrá en ocasiones como un destino punto menos que invencible: la «buena fortuna» o la «mala fortuna» de quienes desde su nacimiento pertenecieron a tal grupo o tal clase. Piénsese en el duro y casi inmodificable «destino del proletario» que denunciaron los primeros críticos de la sociedad industrial.

4.º Un momento histórico: la situación histórica, en tanto que determinante o condicionante de las biografías de cuantos en ella existen. Para muchos hombres, ser español, o francés, o inglés, o ateniense del siglo V, es o ha sido un «tener que ser» español, o francés, o inglés, o ateniense de ese siglo.

A favor o en contra de ese cuádruple condicionamiento y con buena o mala fortuna, cada hombre va empleando su libertad, su decisión y sus talentos en la tarea de dar cumplimiento a sus proyectos o de satisfacer sus caprichos y veleidades. El resultado final del empeño será, en el rigor de los términos, el destino del biografiado (10).

(10) Es ineludible una rápida mención del comentado *Schicksalanalyse* («análisis del destino») de L. Szondi y del test con el que este autor lo realiza. La genética humana, la psiquiatría y el psicoanálisis son el fundamento de la doctrina de Szondi, y el estudio de la estirpe, el método de las asociaciones libres, la interpretación de los sueños y el que llama «test de las pulsiones» (*Trieb-Test*), sus recursos metódicos.

Entiende Szondi el «destino» como el resultado visible de la cooperación de factores endógenos y exógenos. Factores configuradores del destino son la «exigencia de los antepasados» (el inconsciente familiar), la naturaleza pulsional del individuo (el inconsciente personal), el mundo social y mental, el «yo consciente» y «el espíritu». Así, la teoría de Szondi se halla entre la doctrina del inconsciente personal (Freud) y la del inconsciente colectivo (Jung), y las formas de las manifestaciones del inconsciente son el síntoma (Freud), el símbolo (Jung) y los actos de elección (Szondi), estos referidos a la elección de pareja (genotropismo), de profesión (operotropismo), de modo de enfermar (morbotropismo) y, si se produce el suicidio, del modo de morir (tanatotropismo). Los actos de elección emergen, según Szondi, en virtud de una exigencia radicada en el inconsciente familiar, oculto en la estructura del genoma (actividad orientadora de los genes latentes). «Psicología profunda del inconsciente familiar» puede ser llamado este análisis de la personalidad, cuya misión práctica es conocer y socializar las acciones perturbadoras a que da lugar la exigencia pulsional del inconsciente familiar. Una descripción pormenorizada del test de Szondi (mostración de 48 imágenes de personas pulsionalmente enfermas y metódica elección entre ellas) no sería pertinente aquí.

b. *El azar*

Hablo ahora de él, en tanto que ingrediente de la vida humana. Escribió el matemático Borel que el azar no es sino un nombre que damos a nuestra ignorancia. De acuerdo. Mas para que esa ignorancia nuestra respecto de lo que llamamos azar desapareciese por completo, sería necesaria la posesión de una inteligencia infinita. «Dios no puede estar jugando a los dados con todos los electrones del universo», dijo más de una vez Einstein para mostrar su desacuerdo con el puro probabilismo de la mecánica cuántica; no podría hacerlo porque, entre otras cosas, para Dios no hay azar. Habría que poseer la inteligencia infinita y omnisciente de este Dios para deshacer la limitación que Borel quiso denunciar.

Hay para nosotros azar –mera probabilidad– en el conocimiento de los procesos del mundo cósmico, y azar hay, aunque de otro género, en la aparición de los eventos que constituyen el curso de la vida humana: lo que en ella sucede pudiendo no haber sucedido y lo que no sucede cuando estábamos seguros de que sucedería; la *týkhê* que los antiguos griegos opusieron a la *anánkê* o fatalidad, el *casus* que los romanos y los medievales pusieron frente al *fatum*.

Apenas parece necesario decir que los azares biográficos pueden ser favorables o desfavorables. «Un azar favorable le permitió...» y «Un desgraciado azar le impidió...» son expresiones que con frecuencia se repiten en el lenguaje coloquial y en el literario. Como hay también azares verdaderos o absolutamente incomprensibles –que un hombre determinado sea víctima de un terremoto, del descarrilamiento de un tren o de una bala perdida– y seudoazares o azares aparentes, aquellos cuya génesis puede ser parcialmente comprendida por un análisis de la situación y de la personalidad consciente e inconsciente del sujeto; por ejemplo, ciertos accidentes morbosos. El estudio de la nosogénesis nos colocará ante el delicado problema diagnóstico y ético que tales seudoazares ofrecen.

El azar, en suma, es la índole y la trama de los eventos aleatorios, favorables unos, desfavorables otros, que cada cual se ve obligado a «digerir biográficamente» (Marías), y en los que se desgrana y concreta la fuerza del destino. Mire cada cual su propia biografía, y pronto descubrirá toda una serie de azares que la han determinado o condicionado.

c. *El carácter*

La peculiaridad de la persona se va constituyendo y concretando en su personalidad. Pues bien: en un sentido técnico del término, el carácter es a la vez la contextura real y la expresión visible de la personalidad, el rostro con que la personalidad, al proyectarse y realizarse en el mundo, se muestra al mundo; y en el uso coloquial de la palabra, el mayor o menor vigor –«fuerza de carácter», «persona de mucho o de poco carácter», suele decirse– que dicha realización posee. O bien, en términos biográficos: aquello que a un hombre, a través de los azares favorables o desfavorables de su vida, le permite hacer que su

destino *efectivo* se acerque todo lo posible a ser lo que como destino *suyo* quiere y proyecta él.

Fórmase un talento en el silencio,
pero un carácter en el fragor del mundo,

dicen, vertidos a nuestro romance, unos muy citados versos de Goethe. Porque en el mundo, en la diaria y cambiante brega de la persona con el mundo, es donde lo que en ella es biológicamente ingénito –caudal genético: hay genotipos que disponen a la fortaleza del carácter, como otros a su debilidad– y biológicamente adquirido –troquelamiento biológico por obra de los primeros cuidados, la educación, la alimentación, las enfermedades, etc.– se va configurando como personalidad y carácter. Por obra de éste, a favor de la buena fortuna y en pugna con la mala, la inteligencia y la voluntad del hombre, su *virtù*, diría un italiano del Renacimiento, van dando figura ostensible a su biografía y a las subunidades de ella de condición más acusadamente biográfica, las vidas sucesivas, las vidas paralelas y los desarrollos, y modulan de manera personal las de naturaleza más acusadamente biológica, las edades, los ciclos vitales y los procesos.

Ha escrito Zubiri –recuérdese– que el hombre es simultáneamente agente, actor y autor de su vida: agente, en tanto que titular de sus funciones y acciones psicoorgánicas, como el digerir, el andar o el pensar; actor, en tanto que miembro de una sociedad y cooperador de lo que en ella sucede; autor, en la medida en que es capaz de proponerse libremente proyectos originales y de realizarse a sí mismo al realizarlos; capaz, en suma, de llegar a ser «el que uno es», según la célebre sentencia de Fichte. Yo he completado ese brillante esquema zubiriano añadiendo a él el reverso pasivo de cada una de esas tres actividades; porque el hombre, además de agente, es paciente de su propia vida, vive con dolor o con gozo la experiencia de sentir sus propias acciones vitales; y espectador, además de actor, porque como tal se ve y como tal sabe que le ven en el teatro de mundo; e intérprete, hermeneuta de sí mismo, además de autor, porque oscura o claramente se pregunta por el sentido que para él tienen sus proyectos, sus acciones y sus obras, y alguna respuesta llega a darse, aunque ésta haya sido en ocasiones «el absurdo». A través del azar, fiel o infiel a su vocación, ayudado por su mundo o en pugna con él, movido y configurado por su carácter, cada hombre cumple su destino siendo día tras día agente y paciente, actor y espectador, autor y hermeneuta de sí mismo, y todo ello por modo a la vez consciente y subconsciente. Tal es, en sumarísima cifra, la estructura empírica de la biografía; la pauta general del proceso –del drama, más bien– que Ortega llamó «reabsorción de la circunstancia».

2. Causación de los cambios de estado

Sea el cambio de estado deliberado y consciente, como el que pronto me sacará de mi situación sedente y me llevará a dar un paseo, o indeliberado y

azaroso, como el de quien por inadvertencia resbala y cae, de lo que ahora se trata es de saber por qué y cómo desde un estado vital cualquiera, llamémosle A, se pasa a otro estado vital distinto, llamémosle B.

Ello nos obliga a distinguir dos modos en el instante vivido: el presente arbitrario o convencional (aquel que pertenece a un lapso biográfico uniformemente continuo: un instante cualquiera durante el tiempo en que, sin cambiar de estado, uno está haciendo o padeciendo algo, leer un libro o soportar una fiebre) y el presente singular o inflexivo (aquel en el cual termina un estado y se inicia otro, la decisión de levantarme y ponerme a pasear o el escalofrío que me hace pasar de no sentir fiebre a sentirla y sufrirla). Pues bien, elijamos un presente singular o inflexivo, sea de carácter pasivo, como el que manifiesta el escalofrío febril, o de carácter voluntario, como el que determina mi decisión de pasear, y tratemos de entender cómo en él se pone en marcha un cambio de estado.

Dos conceptos son a este respecto fundamentales: la constelación causal y el motivo efector o vector desencadenante.

a. *La constelación causal*

Llamo *constelación causal* al conjunto de los momentos que, integrados entre sí, constituyen el estado A de la persona en el momento en que va a pasar al estado B. Y es causal esta constelación tanto porque ella es la que determina el tránsito, como porque, con eficacia mayor o menor de uno u otro, todos los elementos que la integran intervienen en la acción de producirlo.

A cinco órdenes de la realidad humana pueden pertenecer tales elementos:

1.º El orden constitucional: genotipo y su expresión biotípica, sexo, raza, edad, componentes de la realidad psicoorgánica que el decurso vital haya hecho arraigar en la constitución (una inmunidad o un hábito metabólico, por ejemplo). Es la fracción constitucional de lo que con lenguaje y conceptos zubirianos he denominado subjetualidad substante de la persona (11), tal y como ésta se realiza en su ocasional estado A.

2.º El orden ambiental: todos los componentes del ambiente físico del sujeto –más precisamente: de la fracción ambiental de su mundo– que de hecho está actuando sobre él en ese su estado A: temperatura, pureza o polución atmosférica, radiaciones, aguas, acciones mecánicas, gérmenes vivientes.

3.º El orden social: los diversos modos de pertenencia del sujeto a la fracción social de su mundo: familia, profesión, clase, grupos sociales en que se halle integrado. En una medida o en otra, todos esos hábitos contribuyen a dotar de contenido al estado A.

4.º El orden histórico, la fracción histórica del mundo del sujeto: los hábitos que su situación en la historia –mundo romano, Renacimiento, Romanticismo, condición española o inglesa, mentalidad, generación, etc.– hayan contribuido

(11) Véase mi ensayo «Subjetualidad, subjetividad y enfermedad», en *Realitas* III-IV (1976-1979), 45-78.

a configurarlé y de un modo u otro se hallen actualizados en ese estado A de su vida.

5.º El orden personal, a la vez consciente y subconsciente: ocasional estado afectivo, conciencia moral, proyectos, vocación personal, idea de sí mismo, carácter, creencias, dudas y descreencias, amores, gustos y odios, esperanzas y desesperanzas; cuanto el sujeto lleva en su alma y en su intimidad al vivir el estado de su vida inmediatamente anterior al cambio.

Aun cuando metódicamente discernibles, todos esos elementos se hallan unitariamente integrados en el estado vital de que son parte. El mío en este instante consiste en estar escribiendo. En tanto que yo-escribiente, ¿qué hay ahora en mí? Hay mi cuerpo, con su posición en el espacio y su peculiaridad individual, por tanto con sus capacidades, habilidades y torpezas; con su edad, su condición sexuada y sus caracteres raciales; con las secuelas de todas las vicisitudes por él sufridas a lo largo de mi vida; en suma, con todos los componentes que integran el orden constitucional de este estado presente de mi persona. Unitariamente real con mi cuerpo, hay el ocasional estado de mi psiquismo. Hay también, en mi cuerpo y en mi psique, lo que el ambiente pone en mí: la composición y la temperatura del aire que respiro, la luz del sol y el trozo de mar que veo, el zumbido del mosquito que oigo, quién sabe si un oculto enjambre de gérmenes patógenos. Hay asimismo cuanto haya grabado en mí, bajo forma de hábitos de la más diversa índole, mi modo de pertenecer a la sociedad: profesor universitario, escritor, etc. Hay, además, lo que de español, europeo y hombre de mi tiempo tenga yo en mi persona y en mi conducta. Hay, en fin, mi ocasional estado afectivo y mental, mi conciencia moral, el proyecto de terminar sin gran demora el libro que ahora escribo, mis creencias y mis descreencias, mis amores, mis gustos y los secretos odios que se hayan escapado a mi habitual voluntad de no tenerlos, mi carácter propio. Pues bien: todo eso que hay en mí –que soy yo– de algún modo se actualiza integradamente en mi «estar escribiendo esta página»; así lo advierto si por un momento interrumpo la escritura y me analizo con atención. Y todo ello se pondrá en juego cuando decida cambiar de estado y dar un breve paseo. Porque la realidad determinante del tránsito del estado vital A al estado vital B es la unitaria totalidad del estado A, considerada desde un punto de vista etiológico.

¿Quiere esto decir, sin embargo, que todos los elementos que integran el estado vital A desempeñan igual papel en el cambio de estado? De ningún modo. Por la razón que sea, uno se constituye en causa eficiente del cambio: su motivo efector.

b. *El motivo efector*

Doy el nombre de *motivo efector* a aquel de los elementos integrantes de la constelación causal que de modo más eficaz y patente impulsa hacia el cambio de estado y, en cooperación armoniosa o discordante con los demás, de hecho lo desencadena. En el caso del tránsito de mi «estar escribiendo» a mi «estar

paseando», el acto de decidirme a él y de obrar en consecuencia. En el del escalofrío febril, si éste es el propio de una terciana palúdica, la acción nosogenética del *Plasmodium vivax* que había en mi sangre.

Como las estructuras psicoorgánicas impulsivas a que el motivo efector puede pertenecer, tres pueden ser los modos cardinales de éste:

1.º La impulsión preponderantemente *fisicoquímica* o impulsión *sensu stricto*: un temblor de tierra, un golpe de viento que me derriba, una súbita insolación que me altera, el contacto del bolo alimenticio ingerido con la mucosa gástrica, etc.

2.º La impulsión preponderantemente *instintiva* o pulsión biológica, siempre reactiva y a la vez consciente e inconsciente: mi cuerpo hambriento que me pide comer, la ocasional tensión tónica de él que me incita a pasear o a desperezarme, mi libido que me mueve a tales o cuales acciones o represiones de orden sexual, mi sistema filáctico puesto en marcha por una infección microbiana, etc.

3.º La impulsión preponderantemente *voluntaria*, la decisión propia del acto de voluntad: quiero dar un paseo y lo doy, quiero comer y si tengo alimento como, aunque en ocasiones no tenga apetito instintivo de una y otra cosa. Conocemos la sentencia de Scheler: el hombre es el animal que puede decir «no» a lo que instintivamente apetece, y capaz de decir «sí» a lo que instintivamente no apetece. No será necesario repetir que la deliberación consciente y la motivación subconsciente se funden en la decisión de los actos que parecen más puramente voluntarios.

A estos tres modos cardinales del motivo efector corresponden efectivamente otros tantos en la actualización y la formalización de su eficacia: la reacción, la respuesta instintiva y la respuesta decisiva.

1.º En el sentido técnico y restrictivo en que ahora quiero emplear esta palabra –en un sentido genérico también es aplicada para designar las respuestas de índole más personal, y así se habla de la reacción a la conducta de un amigo–, llamaré *reacción* a la actuación reactiva propia de los sistemas mecánicos y fisicoquímicos, y por extensión al momento mecánico o fisicoquímico de los cambios de estado en la vida de la persona. Háblase así del «principio mecánico de la acción y la reacción», de la «reacción de Fehling», etc., y puede hablarse asimismo del momento reactivo de la secreción de jugo gástrico por la mucosa del estómago, cuando con ella se pone en contacto el bolo alimenticio. Teniendo muy en cuenta, eso sí, que los cambios de estado en el animal, y mucho más en el hombre, no son *nunca* reacciones mecánicas o fisicoquímicas puras. La reacción del animal se halla asumida en la respuesta instintiva; la del hombre, en la respuesta y la decisión personales.

2.º Con la misma intención restrictiva y técnica, llamo *respuesta instintiva* a la actuación reactiva propia de los sistemas biológicos animales, y por extensión al momento instintivo de los cambios de estado del hombre. Pura respues-

ta instintiva es la conducta que podemos observar en el perro hambriento que se lanza a devorar la pitanza que se le ofrece, y un momento responsivo-instintivo hay en el acto consciente del hombre que con apetito se pone a comer un alimento gustoso. Aun cuando, eso sí, los cambios de estado de una persona no sean *nunca* respuestas instintivas *puras*. Lo que de instintivo tenga una respuesta humana se halla en todo momento asumido en las decisiones y los proyectos de su autor.

3.° Llamo *respuesta decisiva*, en fin, al cambio de estado de la persona humana: aquel en que con deliberación y energía mayores o menores, con tal o cual participación de la vida inconsciente y, por supuesto, asumiendo unitariamente en el nivel de la realidad humana el momento reactivo y el momento instintivo que en él siempre existen –recuérdese el concepto zubiriano de «subtensión dinámica»–, un hombre decide pasar de su estado vital A a su estado vital B, y de hecho pasa.

Quiere esto decir que, en principio, y cualquiera que sea la particular índole del motivo efector, *todos* los componentes del estado vital A –constitucionales y psicoorgánicos, ambientales, sociales, históricos, psíquico-personales– intervienen en la causación del cambio que conducirá de ese estado al estado vital B; pero, naturalmente, no del mismo modo. Generalizando la clasificación de los factores de la enfermedad psíquica que hace más de medio siglo propuso el psiquiatra K. Birnbaum –él hablaba de «factores patogenéticos» y «factores patoplásticos»–, llamaré *ergogenética* (*érgon*, la obra) a la acción desencadenante del motivo efector y *ergoplástica* a la operación configuradora que, a manera de cohorte suya, ejecutan los restantes elementos del estado vital previo al cambio. Por eso pude dar el nombre de constelación causal al conjunto de todos ellos y decir que la realidad determinante del paso del estado A al estado B es la unitaria totalidad de aquél, considerada desde un punto de vista etiológico.

Vuelvo al ejemplo anterior. Estoy sentado escribiendo, decido levantarme para dar un paseo, y lo hago, En la acción psicoorgánica de levantarme y ponerme a pasear –acción libremente decidida y ejecutada por mí, con esa libre decisión mía como motivo ergogenético–, ¿no están acaso todos los elementos integrantes del estado vital de que partí? Mi ingénita habilidad o mi ingénita torpeza para los movimientos corporales, el aspecto del cielo que estoy viendo, los mecanismos neurofisiológicos, musculares y bioquímicos correspondientes al movimiento que ejecuto, el grado de mi fatiga, mi edad, porque no se levantan y pasean de igual modo el joven y el viejo, mi educación y mi situación social, porque mi manera de levantarme y pasear en alguna medida se hallan condicionadas por mi relación con las personas en torno, mi condición de español, mi ocasional humor, las perspectivas vitales que este paseo me ofrezca..., todo ello actúa ergoplásticamente sobre la figura del estado a que por mi decisión he querido ir y de hecho voy. Tema éste que por necesidad se presentará de nuevo ante nosotros al estudiar la estructura y la dinámica de la nosogénesis.

3. Comienzo, integridad, complementariedad y preponderancia

Estimo ahora pertinente un breve excurso acerca de los cuatro conceptos que acabo de consignar. Algo debe decirse, en efecto, sobre cada uno de ellos.

a. *El comienzo*

Llamamos comienzo de un proceso tanto al momento en que empezamos a detectar su puesta en marcha –«el comienzo de la neumonía», decimos–, como al estado en que se encuentra el sistema en cuestión: la penetración del espermatozoide en el óvulo, afirmamos, es «el comienzo» de la embriogénesis.

Nada más obvio. Pero en los procesos biológicos, humanos o no, conviene afinar algo más la visión y distinguir –de V. von Weizsäcker fue la propuesta– entre el comienzo aparente e inmediato (*Beginn*), «comienzo» en sentido estricto, y la iniciación oculta y remota del proceso que vemos comenzar (*Anfang*), «iniciación» en sentido estricto. Muy anterior a su comienzo aparente, la iniciación de muchos cambios vitales –entre ellos el que aquí más nos importa, el paso del estado de salud al estado de enfermedad– echa sus ocultas raíces en épocas biográficas de la persona afecta sobremanera tempranas: un desorden génico que sólo tardíamente se hace fenotípico, una experiencia infantil que patogenéticamente aflora a los ojos del clínico con ocasión de una neurosis de la madurez. Tengámoslo en cuenta desde ahora.

b. *La integridad*

El carácter de totalidad que siempre poseen las acciones biológicas –recuérdese el concepto de la «unidad funcional» del organismo, tan brillantemente estudiado hace años por Augusto Pi y Suñer– obliga a no perder nunca de vista la relación de *integridad* a que los tan diversos elementos de cualquier estado vital se hallan constantemente sometidos. El cuerpo, subraya Zubiri, tiene una esencial función configuradora, y a toda figura, sea estática o dinámica, pertenece esencialmente su integridad. No entendida ésta, por supuesto, en su habitual sentido de «no deterioro del conjunto», sino como «resultado de la integración» de los elementos de ese conjunto. De ahí que la «o» disyuntiva, el *aut* latino del «o esto o lo otro», deba ser con tanta frecuencia sustituida en biología animal y en biología humana por la «o» de equivalencia, el *vel* latino del «o sea», o por una «y» copulativa, «esto y lo otro». El problema del hombre de ciencia consistirá en determinar la estructura que esa «y» posee en cada caso: mente y cuerpo, forma y función, pensamiento y afectividad, etc. Ahora bien, la integridad de los sistemas físicos se hace experimentalmente patente como complementariedad y como preponderancia.

c. *La complementariedad*

En páginas anteriores quedó expuesto en sus rasgos esenciales el *principio de complementariedad*, de Bohr, así como la posibilidad de aplicarlo a sistemas

físicos más complejos que el constituido por las ondas electromagnéticas y las partículas elementales –por ejemplo, al sistema biológico estructura-función–, y los escollos con que tal ampliación tiene que chocar. Así lo impone el número de los parámetros que entonces entran en juego. Con todo, la pauta de Bohr ha sido aplicada al conocimiento de los sistemas biológicos y antropológicos; el «principio de la puerta giratoria» de V. von Weizsäcker –ante la realidad de una persona, mi atención a lo orgánico me impide ver lo psíquico, y mi atención a lo psíquico me oculta la visión de lo orgánico– es evidente prueba de ello. La integración del organismo y la psique en la realidad del individuo humano se presenta ahora como complementariedad.

d. *La preponderancia*

Más adecuado a esa realidad y más frecuente en la experiencia de contemplarla y estudiarla es el hecho de la *preponderancia*. Hablé antes de la frecuente conveniencia de sustituir en biología animal y en biología humana la «o» disyuntiva por la «y» copulativa. Pues bien: la forma en que de modo concreto cobra realidad esa «y» es la preponderancia de uno de los términos de la copulación sobre el otro. El acto de pensar es a la vez psíquico y orgánico, pero preponderantemente psíquico, como es preponderantemente orgánico el acto –también psíquico– de levantar un brazo. Siendo a la vez instintivos y personales el erotismo y el orgasmo venéreo, aquél es un hábito preponderantemente personal y éste un acto preponderantemente instintivo. La frecuencia con que ese adverbio ha sido empleado en las páginas que anteceden y con que lo será en las subsiguientes hacía necesaria esa breve precisión (12).

4. Tipificación de los cambios de estado

No sólo a los cambios de estado, también a los restantes cambios vitales del hombre –desde la biografía hasta los ciclos biológicos, pasando por las edades y las vidas sucesivas y complementarias– cabe, naturalmente, ordenarlos en «tipos». Volveré sobre el tema al estudiar las determinaciones tipificadas de la realidad humana. Aquí me limitaré a exponer cómo veo yo la tipificación de los cambios de estado.

Múltiples pueden ser los puntos de vista para dar cumplimiento a este empeño: el biotipológico (diferencias de los cambios de estado en el leptosomático

(12) Después de escritas estas páginas veo en Zubiri, *Inteligencia y logos* (Madrid, 1982), la metódica utilización de la palabra «preponderancia» para designar el modo de inteligir una cosa real cuando, sin dejar de ser ambigua para el cognoscente, se halla más próxima a uno de los términos de la ambigüedad que al otro. Es una etapa en los modos de la afirmación entre la «ignorancia», no concebida como «carencia de intelección», sino como «privación de intelección», y la «certeza». Evidentemente, esa preponderancia en el inteligir y la preponderancia en la realidad misma de que yo hablo son cosas distintas, pero no incompatibles. Un acto humano que en su realidad misma es preponderantemente orgánico puede ser inteligido con preponderancia o con certeza en el modo de afirmarlo. Téngalo en cuenta el lector.

y en el pícnico, en el varón y en la mujer, en el joven y en el viejo), el social (ordenación de los cambios de estado según niveles, grupos y roles sociales), el histórico (variaciones típicas de los cambios de estado según la situación histórica; el acto de saludar, ¿era igual, acaso, en la Grecia clásica y en la Edad Media?), la índole de su contenido (cambios de estado locomotores, alimentarios, psíquicos, etc.). La distinción escolástica entre actos *primo primi*, actos de hombre y actos humanos podría ser utilizada con provecho. Teniendo en cuenta lo que sobre la estructura del motivo efector ha sido dicho, creo preferible, sin embargo, discernir en la gran variedad de los cambios de estado los tres siguientes modos típicos:

a. *El doblete consecuencia-predeterminación*

Hay cambios de estado preponderantemente regidos por el doblete cronobiológico *consecuencia-predeterminación;* aquellos en cuya determinación predomina la impulsión mecánica o fisicoquímica. El cambio de estado es ahora la consecuencia necesaria o cuasinecesaria del motivo efector, y la naturaleza de éste –cualidad, intensidad, momento de la acción, etc.– predetermina la estructura y el curso del proceso de cambio. Si yo resbalo sobre el suelo y me caigo, la producción, la figura y el curso de mi caída se hallan total o casi totalmente determinadas por la estructura mecánica del resbalón y son susceptibles de un convincente y casi exhaustivo análisis mecánico-racional. Así suelen estudiar los cirujanos la etiología y el mecanismo de las fracturas óseas. Y si yo ingiero una pequeña cantidad de bicarbonato sódico, lo que acaece en el interior de mi estómago se halla total o casi totalmente determinado por los procesos reactivos de índole fisicoquímica que subsiguen al contacto entre el bicarbonato sódico y mi jugo gástrico.

Quiere esto decir que en este modo típico del cambio de estado pueden ser señaladas –mejor: parece que pueden ser señaladas– dos notas esenciales, la pura factualidad y la necesidad.

Por modo preponderante, el cambio de estado se nos muestra ahora como puro *factum*, como «hecho» regido por las leyes de la naturaleza cósmica, no como un «evento» cuyo conocimiento requiera, además de alguna información acerca de esas leyes, saberes y métodos distintos de ellas. Muy próximos a los que en sus laboratorios estudian el físico y el químico, estos cambios de estado de nuestro organismo son casi, sólo casi, *pura factualidad.* Poco importa que su puesta en marcha se deba a una decisión –por ejemplo: la de ingerir bicarbonato sódico– o a un azar –por ejemplo: que, sin preverlo ni quererlo yo, mi cuerpo resbale sobre el hielo–; tanto en uno como en otro caso, el cambio de estado se presenta ante la gran mayoría de los hombres de ciencia como puro «hecho», sólo susceptible de conocimiento científico mediante preguntas «por qué» y «cómo» (las que llevan al conocimiento de la explicación) y enteramente mudo frente a las preguntas «para qué» (las que ponen en camino hacia la comprensión). ¿Por qué y cómo se produce la caída del que resbala? ¿Por qué y cómo reacciona el bicarbonato sódico con el jugo gástrico? La mecánica y la química

darán amplia respuesta a estas interrogaciones. ¿Para qué cae el que por azar se resbala y para qué el bicarbonato sódico y el jugo gástrico reaccionan químicamente entre sí? La ciencia al uso no quiere y no puede responder a estas interrogaciones: más aún, las considera en absoluto carentes de sentido (13).

Pero cuando el presunto «hecho» pertenece al sistema psicoorgánico del hombre, es decir, cuando de un modo o de otro no es puro «hecho», sino genuino «evento», ¿puede en rigor decirse que la explicación según el «por qué» y el «cómo» sea suficiente para una intelección cabal del cambio de estado? En modo alguno. Volvamos al caso de la caída. Mi resbalón sobre el hielo me hace caer mecánicamente. Cierto; y si el tal resbalón ha sido puro azar, la mecánica será la vía regia para entender la génesis del cambio de estado y de las posibles fracturas óseas que él me produzca. ¿Podré decir lo mismo del curso efectivo e integral del cambio de estado y de sus consecuencias lesivas? De ningún modo. Pese a la rapidez de mi caída, yo puedo caer abandonándome pasivamente a ella o luchando instintiva y conscientemente –movimientos de los brazos, del tronco, etc.– contra ella. Y si se produce en mi esqueleto alguna fractura, lo que a continuación acontezca en mi organismo y en mi vida jamás podrá conocerse adecuada y cabalmente sólo mediante los métodos propios de la física y la química, por mucho que sea lo que una y otra a tal respecto nos enseñen.

Más aún: en la génesis de la caída puede influir la acción oculta de ciertos fenómenos psíquicos ocasionales –por ejemplo: que uno se halle distraído por una preocupación intelectual o moral– y de ciertos invisibles hábitos de la persona. Flanders Dunbar demostró estadísticamente en Nueva York que las fracturas óseas son más frecuentes entre los católicos que entre los protestantes. ¿Por qué sucede eso? Dejemos por el momento la respuesta. Conformémonos con afirmar que hasta los «hechos» en apariencia más puros son de uno u otro modo «eventos» cuando acontecen en la realidad del hombre, y que por tanto sólo empleando el doblete cronobiológico consecuencia-predeterminación como concepto-límite y como convención metódicamente útil, sólo así podrán ser parcialmente entendidos tales «hechos» mediante él, incluso cuando la impulsión mecánica sea el único motivo efector del cambio de estado. De nuevo se impone recurrir al adverbio «preponderantemente».

Otro tanto cabe decir respecto de la segunda de las notas antes señaladas, la *necesidad*. Produzcase de un modo deliberado o azaroso la impulsión mecánica o fisicoquímica, ¿puede afirmarse que el cambio de estado transcurre según una determinación necesaria? Tal fue el ideal epistemológico de Cl. Bernard –su célebre «determinismo fisiológico»: si el fisiólogo, mediante un correcto análisis, ha logrado conocer con precisión *todos* los momentos determinantes de una actividad fisiológica, podrá predecir con exactitud su curso–, y

(13) La pregunta por el «para qué» de la caída de quien se resbala y de la acción química de bicarbonato sobre el jugo gástrico tendrá sentido cuando el resbalón sobre el hielo y la ingestión del bicarbonato hayan sido deliberados. Pero la ciencia canónica prescinde de considerar esa deliberación, hace caso omiso de ella, y estudia uno y otro «hecho» sólo mediante preguntas «por qué» y «cómo». La intención es un dato que no cuenta para las ciencias de la naturaleza.

con arreglo a él procede el biólogo experimental en su laboratorio y son extrapolados a la fisiología humana los resultados de la experimentación *in anima vili*. Y en el caso de que ese análisis científico del motivo efector y de la constelación etiológica no permita una previsión exacta del cambio de estado y de su curso, entonces habrá que admitir la existencia de un factor hasta entonces desconocido en la realidad del sistema que cambia. Así pudo Le Verrier predecir el descubrimiento del planeta Urano.

La fecundidad de esta epistemología del conocimiento biológico ha sido inmensa. Necio y aun suicida sería desconocerlo. Pero en el caso de los cambios de estado del hombre, ¿puede acaso sostenerse que se cumpla necesariamente la exacta predeterminación de su curso? En la vida humana hay, sí, cambios de estado que se producen por necesidad invencible, *kat'anánkên*, decían los antiguos griegos, como la «muerte por necesidad» tras un tiro en la nuca o el descenso hacia el suelo de quien se arroja a la calle por la ventana de un quinto piso (14). Pero la mayor parte de ellos no son puros hechos, sino –en una y otra medida– eventos, y no sólo porque la reacción del cuerpo humano a la caída, volvamos a este ejemplo, sea en rigor una respuesta biológico-personal, también porque la constelación causal de los cambios de estado humanos lleva siempre en su seno momentos constitutivos –libertad personal, hábitos psíquicos y sociales diversos, contenidos de la intimidad– que en manera alguna pueden ser sometidos a un análisis científico *more bernardiano*. Como vimos, el destino que en cierto modo determina la final configuración de la biografía de un hombre no es y no puede ser necesidad cósmica. Todo lo cual, claro está, no impide hablar de cambios de estado humanos preponderantemente regidos por el doblete consecuencia-predeterminación.

A la «no pura factualidad» y a la «no absoluta necesidad» de los cambios de estado de nuestra realidad pertenece también la *personalización* a que ya durante su curso o *a posteriori* son sometidos por el hombre que los vive. Doy ese nombre a la incorporación de la realidad y la vivencia del cambio de estado a la vida personal del sujeto; por tanto, a su plena actualización como evento. Sea la aceptación o el rechazo su forma, la personalización de un cambio de estado tiene un momento pático y otro interpretativo: es vivida de manera fruitiva o desplaciente –a veces, de manera fruitiva y desplaciente a la vez, según ese sesgo de la afectividad que los alemanes llaman *Leidenslust*, «placer del sufrimiento» o «sufrimiento placentero»– y es intelectualmente interpretada, esto es, dotada de sentido en la existencia del que como suya la personaliza. En todo caso, el proceso de la personalización va ahora de abajo arriba, si se quiere admitir la tópica metáfora espacial: desde lo que en el hombre es cuerpo hacia lo que en el hombre es yo. *Ich-bildung*, «formación de yo», egogénesis, llamó von Weizsäcker a este tipo de fenómenos.

(14) Por razones mecánico-estadísticas, no biológicas ni antropológicas, la «necesidad» de tal descenso tampoco es la *necessitas absoluta* de que hablaban los medievales. Más que de «necesidad», los físicos hablan en este caso de una «altísima probabilidad» respecto del acaecimiento en cuestión. Un improbabilísimo, pero no imposible movimiento en remolino de las moléculas del aire podría impedirlo. Así se explicaría la aparente «entropía negativa» de los procesos biológicos. Recuérdese lo dicho acerca de la termodinámica de los sistemas abiertos.

b. *El doblete estimulación-anticipación proléptica*

Junto a los anteriores hállanse los cambios de estado preponderantemente regidos por el doblete cronobiológico *estimulación-anticipación proléptica;* aquellos en cuya determinación predomina la impulsión instintiva, en el amplio sentido que a esta expresión dí en páginas anteriores. Prinz Auersperg tuvo el acierto de otorgar una significación biológica al viejo concepto filosófico –epicúreo y estoico– de la *prólêpsis* o «anticipación». Pues bien: la anticipación es proléptica cuando un organismo animal reacciona a un estímulo con una respuesta que de algún modo anticipa lo que posiblemente va a ser su resultado, para adaptarse a él. Es el caso del gato que durante su caída se va moviendo para caer de pie, y el del hombre que resbala sobre el hielo y contorsiona su cuerpo para que el riesgo de un accidente sea mínimo. Lo que puede ocurrir (el término probable del cambio de estado) determina en alguna medida la figura de lo que está ocurriendo (el curso mismo del cambio de estado).

Con notoria fecundidad metódica e intelectual, la ciencia de nuestro siglo ha puesto sobre el pavés la noción de *feed-back* o retroalimentación: la peculiaridad dinámica de los sistemas en que el estado ulterior condiciona de algún modo el estado anterior. Pero, a mi modo de ver, en la retroalimentación es preciso distinguir tres géneros o niveles netamente diferentes entre sí: el mecánico o fisicoquímico (por ejemplo, el mecanismo de regulación de un termostato), el biológico-instintivo (la «previsión inconsciente», genéticamente programada o reflexológicamente condicionada, ínsita en las respuestas biológicas; la teleología propia de las estructuras vivientes) y el biológico-personal (la «previsión deliberada» o «genuina previsión» de las iniciativas y las respuestas rigurosamente personales, la teleología de las acciones personales). La anticipación proléptica es el modo biológico-instintivo de la retroalimentación; modo cualitativamente distinto del *feed-back* mecánico o fisicoquímico, y estructuralmente –sólo estructuralmente– superior a él.

Limitémonos ahora a la anticipación proléptica o biológico-instintiva, y señalemos en su génesis dos posibilidades. En una, el motivo efector del cambio de estado es preponderantemente deliberado. Yo como porque quiero, pero la respuesta de mi organismo a la ingestión de alimento –con los relieves personales de que luego hablaré– tiene en lo fundamental un carácter proléptico, y así lo revelará el curso factual de mi digestión. En la otra, en cambio, la prolepsis es consecutiva a un suceso indeliberado y azaroso, por ejemplo, que yo resbale inadvertidamente, o que algo exterior a mí me alarme, o que dentro de mí, de manera aparentemente espontánea, se produzca una «sobrecarga de energía» que dé lugar a un movimiento instintivo, llanto involuntario o excitación inmotivada de la libido. No resisto la tentación de mencionar las finas investigaciones endocrinológicas de J. W. Mason y sus colaboradores –«una nueva endocrinología», las ha llamado Rof Carballo– acerca de la reacción de alarma. En la pauta de la respuesta endocrina al estímulo psicológico, Mason discierne dos fases: una inmediata o de urgencia, en la cual predominan los corticoesteroides, la noradrenalina, la adrenalina, la hormona del crecimiento

y la tiroxina (correspondientes al «sistema ergotropo» de Hess), y otra tardía o de recuperación, con predominio de la insulina, la testosterona, el estradiol, el estriol, la androsterona, la etiocolanolona, la dehidroepiandrosterona y la aldosterona (pertenecientes al «sistema trofotropo» de Hess). El carácter proléptico de esta ordenación bifásica de la respuesta en bien evidente.

Cuatro notas esenciales caracterizan a los cambios de estado de índole proléptica: la totalidad, la convertibilidad de la energía instintiva, la factualidad parcialmente comprensible y la necesidad parcialmente gobernable.

Entiendo por *totalidad* del cambio de estado el hecho de que en principio, y aunque el motivo efector tenga una localización muy precisa –por ejemplo: el contacto del alimento masticado con la mucosa bucal–, la respuesta afecta a todo el organismo. Así lo impone la función configuradora del cuerpo, y con toda evidencia lo mostraron los más antiguos reflejos condicionados de la investigación pavloviana: el animal no digiere sólo con su estómago, también con su cerebro y con su piel.

Llamo *convertibilidad de la energía instintiva* al hecho de que la actividad de uno cualquiera de los instintos puede absorber íntegra o parcialmente la tendencia a la satisfacción de los restantes, cuando aquélla se actualiza con notoria vehemencia o con notoria reiteración. Llámese o no se llame libido al fondo común y originario de la energía instintiva, la realidad de él parece evidente. Comiendo a su gusto, el glotón no vive o vive tenuemente las pulsiones eróticas y los envites del ansia de poderío. Lo que entonces hubiera podido ser tal actividad instintiva «cede» su energía en favor a otra.

Por otro lado, la *factualidad parcialmente comprensible*. Del movimiento instintivo cabe, por supuesto, un conocimiento explicativo; ante él, mediante un estudio experimental y analítico, yo puedo hacerme cuestión de su «por qué» y de su «cómo» (biofísica, bioquímica, endocrinología, neurofisiología, etología del instinto), pero también, en alguna medida, cabe un conocimiento comprensivo de él, una respuesta parcialmente satisfactoria a la cuestión de su «para qué». Desde su nacimiento mismo, el «hecho» biológico va mostrándose como «evento» personal.

Ante mí hay un hombre comiendo. ¿Para qué come? Varias pueden ser las respuestas: come ese hombre para no morir de inanición, para «vivir»; come por el gusto de comer, porque lo que come le agrada, en suma para «vivir así»; come para seguir existiendo como tal hombre, y por tanto para poder ser en el futuro un sujeto dotado de identidad personal, para «seguir siendo él»; respuestas todas ellas que presuponen la comprensión del acto instintivo que veo, cierta interpretación mía de lo que en el interior del sujeto que come hay o

(15) A favor de una consciente o inconsciente proyección de lo que ante los hombres pensamos; proyección que –indeliberadamente– solemos extender a nuestra actitud ante los animales. Todos hablamos del animal, en efecto, «como si» en alguna medida comprendiésemos su conducta. No de otra manera puede ser entendida la relación hombre-perro, hombre-gato u hombre-caballo. Tanto es así, que algunos, como Martin Buber, no han vacilado en admitir cierta «precomprensión biológica» en el acto de mirar a los ojos de un animal siendo mirado por él. En «subtensión dinámica», la animalidad sigue operando en la realidad psicoorgánica del hombre.

puede haber. ¿Comprensión total? De ningún modo, porque mi interpretación nunca podrá rebasar el nivel de la conjetura (15).

El cambio de estado proléptico se caracteriza, en fin, por su *necesidad parcialmente gobernable*. En cierta medida, la respuesta instintiva es «necesaria», *se impone al sujeto con alguna necesidad*. *Ante un alimento gustoso*, yo puedo renunciar a comerlo; el hombre, repetiré de nuevo la sentencia de Max Scheler, es el animal capaz de decir «no» a los estímulos de su ambiente. No podré evitar, sin embargo, que en mi aparato digestivo se produzca alguna actividad secretoria y muscular. Nada más fácil que añadir a éste tantos ejemplos análogos. Necesidad, pues. Pero necesidad parcialmente gobernable, como de tan notable manera lo demuestra el autocontrol que sobre las más diversas funciones viscerales permiten alcanzar las técnicas del yoga. El hombre, en suma, es a un tiempo siervo y señor de sus movimientos instintivos.

La *total personalización* de los cambios de estado de carácter instintivo acaece en dos sentidos, la somatización y la personalización propiamente dicha. Hacia abajo, la vivencia instintiva se resuelve en la serie de procesos biofísicos y bioquímicos correspondientes a su estructura y a su dinámica fisiológica. Hacia arriba, la pulsión vivida se hace formalmente personal de un modo a la vez pático (sentimientos, afectos) e interpretativo (elaboración intelectual del sentido que para el sujeto posea). Hay, pues, «formación de ello» *(Es-bildung)* y «formación de yo» *(Ich-bildung)*, ekeinogénesis y egogénesis, en el sentido psicoanalítico y weizsäckeriano de ambos términos. Compruébelo el lector analizando con algún cuidado cualquiera de sus actos instintivos.

c. *El doblete apercepción del presente-anticipación proyectiva*

Vienen en tercero y último lugar los cambios de estado preponderantemente regidos por el doblete cronobiológico *apercepción del presente-anticipación proyectiva;* aquellos en cuya determinación, por modo a la vez consciente e inconsciente, *predomina la impulsión voluntaria*. *En una situación determinada*, la persona, mediante su percepción, su inteligencia y su memoria, se hace cargo de su presente, imagina y forja un proyecto de acción, decide realizarlo y de hecho lo realiza. El cambio de estado es entonces plenamente «evento» personal; del modo para mí más evidente, si soy yo quien lo ejecuta, o con la satisfactoria o precaria evidencia que otorga la comprensión de la vida ajena, si el ejecutante es otro, cumple los tres modos del sentido que antes señalé, el «vivir» o «seguir viviendo», el «vivir así» y el «seguir siendo yo» (o «él»). El *feedback*, en fin, se hace «previsión deliberada»: con cierto riesgo de equivocarme, con menor seguridad de acierto que en el caso de las anticipaciones instintivas –«la inteligencia, busca; el instinto, encuentra», escribió Bergson–, yo actúo previendo lo que en el curso de una acción puede acontecer. Así me dispongo a dar un paseo, a leer un libro o a escribir una carta.

Tres son las notas distintivas del cambio de estado proyectivo: la deliberación, el mayor grado de la gobernabilidad y el modo de la personalización.

La elaboración y la puesta en marcha del proyecto son siempre objeto de *deliberación:* la persona piensa, elige y sabe lo que va a hacer, y de ahí la máxima comprensibilidad y la máxima transparencia del sentido –del «para qué»– del cambio de estado. Si la acción es mía, si soy yo quien ha proyectado y decidido dar el paseo, leer el libro o escribir la carta, nada más obvio. Y si la acción es de otro, puedo, desde luego, considerarla como puro hecho cósmico, tal es el habitual proceder del fisiólogo y del sociólogo, mas también captar por comprensión el sentido que tiene en la intimidad y en la vida de su protagonista, y conjeturar plausiblemente el «para qué» de esa acción suya. En la deliberación y la decisión, las ferencias del sujeto se convierten en preferencias (Zubiri) mediante un acto de libertad optativa o creadora; y de un modo o de otro, a veces para ser vulneradas, intervienen en ellas la idea de sí mismo y la vocación de su autor. Todo lo cual no es óbice para que en la iniciación y en la figura del cambio de estado tengan su parte, a manera de constelación causal, motivos secundarios de índole azarosa e incomprensible. El «pre» de la preferencia, de toda preferencia, posee una estructura a la vez fisiológica, psicológica, social y ética.

En el famoso 18 Brumario, Napoleón Bonaparte tomó la decisión de realizar el proyecto que había de llevarle a su entronización como emperador de Francia. Hubo en su conducta deliberación consciente y libertad. Para él y para los demás, su proyecto y su decisión fueron *a posteriori* altamente comprensibles. ¿Entera, absolutamente comprensibles? Imaginemos una posibilidad: que por azar se hubiese producido ese día en el organismo de Bonaparte una hiperadrenalinemia capaz de condicionar eficazmente la génesis de esa decisión. Esta reacción azarosa, ¿podría ser considerada como comprensible? Hasta en las interpretaciones de la conducta humana que nos parecen más transparentes hay siempre –siempre– momentos psicológicamente opacos.

También la *gobernabilidad* del cambio de estado es ahora máxima. Si me decido a dar un paseo, lo doy porque quiero, como quiero y por donde quiero; y mientras lo doy, en todo momento puedo cambiar su curso. Pero esa indudable gobernabilidad de mi paseo, ¿puede acaso ser absoluta? De ningún modo. Toda una serie de condicionamientos –orgánicos, como el estado de mis piernas y de mi capacidad respiratoria; psíquicos, como el estado de mi conciencia y de mi capacidad de atención; sociales, como la existencia de tales o cuales ordenanzas municipales; económicos, si mi trabajo es retribuido y me deja poco tiempo libre– limitarán mi capacidad para gobernar mi cambio de estado.

La *personalización* de éste, en fin, adopta un modo peculiar. Fundamentalmente se hace hacia abajo en forma de sucesiva y creciente somatización (*Esbildung*, formación de ello o ekeinogénesis; *ekeinon* es «ello» en griego), tanto al concretarse un previo y tácito plan de vida en el proyecto de que se trate, como en la ulterior realización de éste en acciones psicoorgánicas (la de pasear), de las acciones en funciones fisiológicas (flexiones y extensiones de los miembros) y de éstas en actos elementales (contracciones musculares). El sujeto asume así todos los posibles modos de la relación entre la acción y la persona: es a un tiempo agente-paciente, actor-espectador y autor-intérprete de sí

mismo, y puede vivir lo que hace según los tres modos de la personalización antes descritos, la tenencia, la pasión y el ser.

5. Conocimiento científico de los cambios de estado

Todo lo dicho pone de manifiesto que la intelección de un cambio de estado sólo podrá ser satisfactoria cuando en su intención, en su estructura y en su método acierte a reunir unitariamente los conceptos y las pautas del conocimiento explicativo y los del conocimiento comprensivo: descripción del cambio de estado (observación, tipificación, cuantificación mensurativa y estadística, examen sociológico); indagación de su mecanismo, en sus momentos orgánico (fisiología clásica, biología molecular) y psíquico (psicología clásica); integración de todos los elementos del cambio en una explicación global de la conducta del sujeto; comprensión del cambio según las «formas elementales» y según las «formas superiores» (Dilthey) de la actividad comprensiva.

Al estudiar el cambio de estado que más directamente nos interesa, la nosogénesis, trataré de exponer cómo todas estas exigencias pueden ser integradas y cumplidas mediante el conductismo comprensivo que como método me propuse.

CAPITULO 3

El cuerpo humano

Desde un punto de vista puramente descriptivo, la realidad humana se nos presenta de manera inmediata bajo dos aspectos complementarios, más aún, exigentes el uno del otro, pero sobremanera distintos entre sí: el cuerpo y la intimidad. El cuerpo de los otros hombres y mi propio cuerpo; mi propia intimidad y la intimidad que, de uno u otro modo inferida, necesariamente tengo que atribuir a los hombres con quienes trato, si en verdad quiero entender satisfactoriamente mi experiencia de ellos y nuestra mutua relación; en definitiva, su reiterada condición de serme individualmente «otro yo» y «otro que yo».

Cada uno a su manera, ambos aspectos de la realidad humana unifican las diversas estructuras psicoorgánicas de esa realidad y los diversos modos de ser que en su curso temporal y en su dinámica han quedado descritos. El cuerpo, en forma a la vez material (la materia orgánica de que está hecho todo hombre) y vivencial (la experiencia sensorial que de su propio cuerpo tiene cada hombre); la intimidad, en forma sólo vivencial (en cuanto que sólo como vivencia de mí mismo se me ofrece íntimamente la unidad de tales estructuras y tales sucesivos modos de ser). Parece conveniente, pues, completar los dos capítulos precedentes con otros dos, uno consagrado al cuerpo humano y otro dedicado a su intimidad, la única intimidad de que nos es dado hablar por experiencia, la de cada uno, en tanto que aspectos unificantes de las estructuras psicoorgánicas y de los sucesivos modos de ser estudiados en las páginas que anteceden.

* * *

A reserva de ulteriores precisiones y desarrollos, así podría ser definido el cuerpo humano, y más para lectores médicos: es la organización material por obra de la cual el hombre puede vivir, enferma, sana y tiene que morir; vivir, enfermar, sanar y morir, acéptese la redundancia, humanamente. Mas para en-

tender cómo el cuerpo es aquello por lo que el hombre puede humanamente vivir, enfermar y sanar –quede para partes ulteriores del libro el examen de la esencial relación entre la corporalidad y la mortalidad del hombre–, es preciso tomar como punto de partida la distinción que acabo de apuntar –la percepción del cuerpo de los otros hombres, la percepción de mi propio cuerpo– e indagar metódicamente, según cada una de esas dos vías, de qué modo el cuerpo hace viviente la realidad humana.

Una previa salvedad se impone, porque yo puedo tener una experiencia de mi propio cuerpo de alguna manera equiparable a la experiencia que tengo del cuerpo de los demás. ¿Acaso no tienen mucho de común, aunque en rigor algo esencial difiera entre ellas, la percepción de mi propia mano y la percepción de la mano de otro hombre? La cuestión debe quedar relegada, sin embargo, al segundo apartado de este capítulo. Sólo del cuerpo de los demás hombres –por tanto: sólo del conocimiento objetivo del cuerpo humano– voy a ocuparme en el que subsigue.

I. EL CUERPO HUMANO EN TANTO QUE REALIDAD OBJETIVA

Es el «cuerpo desde fuera» de que habló Ortega, el «cuerpo-para-otro» de la reflexión de Sartre, el «cuerpo objetivo» de Merleau-Ponty, el cuerpo en que la vida humana «se instala» de Marías. Más breve y directamente, el cuerpo como objeto.

Ante mí hay un hombre. ¿Cómo percibo su cuerpo? Puesto al lado de otros cuerpos vivientes, el de un chimpancé o el de un perro, veo en él una masa material automoviente, bipedestante, menos peluda que la de los cuadrúpedos, con manos cuyo pulgar puede oponerse a los restantes dedos, capaz de emitir por su boca sonidos articulados y dotado de una dentición, un arco superciliar, un ángulo facial y un volumen craneal específicamente peculiares. ¿Sólo eso? Algo más veo en ese cuerpo, si no me contento con las notas descriptivas antes señaladas. Quiero decir: si atiendo a sus movimientos y a su conducta, si miro su rostro y cruzo con él mi mirada y si por añadidura oigo las palabras que su boca emite, respondo a ellas y escucho su respuesta a las mías. Esto es: si cediendo a un movimiento espontáneo e inmediato de mi ánimo, lo contemplo como visible expresión de alguien semejante a mí. El cuerpo de ese «otro hombre» es *a la vez* lo que morfológica y fisiológicamente veo en él y el cuerpo de un semejante.

En tanto que propio de un semejante, ese cuerpo se me ofrece inmediatamente a través de dos notas simultáneas y contrapuestas: la transparencia y la opacidad. Me es en alguna medida transparente, porque sus gestos y sus palabras –los gestos y las palabras de un semejante– me permiten saber, en cierto modo «ver», algo de lo que hay «dentro» de él, en esa intimidad suya que desde la mía siento e infiero. Me es en último término opaco, porque nunca me será posible llegar hasta el fondo de ese «dentro» y, todavía más, porque ni siquiera de aquello que parece transparentarse en sus gestos y sus palabras pue-

do estar absolutamente seguro. A través de transparencias y de opacidades algo, sin embargo, me es objetivamente cierto: que con el titular de ese cuerpo y con los titulares de los cuerpos que son semejantes al suyo y el mío, vivo en relación, convivo, y que de esta convivencia, unas veces concorde, otras discorde, resultan grupos a los que he aprendido a llamar «sociales».

De la contemplación del cuerpo humano como objeto van a surgir en consecuencia –aparte la nuda y común experiencia de percibirlo tal y como a una mirada ingenua aparece– hasta cinco disciplinas científicas: una morfología, una fisiología, una psicología, una etología y una sociología a un tiempo comparativas y humanas: comparativas, porque es posible e instructivo comparar la forma y la dinámica del cuerpo del hombre con las de los restantes cuerpos vivientes; humanas, porque específicamente humanas son la forma y la dinámica en ese cuerpo. La morfología estudia su forma y su estructura orgánica; la fisiología, sus diversas funciones somáticas; la psicología y la etología, cada una a su modo, su conducta; la sociología, la relación de los cuerpos humanos entre sí y las formas y grupos que de ella resultan.

A nadie debe extrañar que reduzca a un conocimiento del cuerpo humano viviente la psicología, la etología y la sociología humanas. Todo lo que podemos saber con certidumbre científica acerca del hombre –no sólo su forma anatómica y sus funciones fisiológicas, también su conducta, la expresión de su psiquismo y la actualización de su socialidad–, a través de lo que nos dice su cuerpo hemos de saberlo. Es cierto, sí, que hay una psicología introspectiva; seré el último en negar su importancia; pero no menos cierto es que si el psicólogo introspectivo no quiere caer en un puro y artificioso solipsismo, si en verdad quiere hacer una «psicología humana» y no una «psicología de su propio yo», necesariamente habrá de tener en cuenta la experiencia de su propio cuerpo y lo que acerca de sus respectivos psiquismos le digan los cuerpos de los demás. Conscientes, pues, de la mutua e inexcusable referencia de las dos vías para conocer científicamente la realidad del hombre, y sin hacernos todavía cuestión de su necesaria complementariedad y del modo de mostrarla con mentalidad científica, estudiemos tan sólo cómo las principales de estas disciplinas dan razón de lo que en cuanto objeto es el cuerpo humano.

De nuevo, he aquí el cuerpo de un hombre ante mí. Se trata, como es obvio, de un cuerpo realmente humano, por tanto viviente, no de uno de aquellos refinadísimos autómatas que Descartes imaginó para demostrar su modo de entender la condición humana de los cuerpos de los demás (1). Pues bien: ¿cómo las ciencias de la visión objetivante han entendido esa realidad y cómo la entienden en nuestro tiempo? Sería impertinente aquí una visión pormenorizada de cómo todas esas ciencias han ido expresando, desde su origen, sus respectivos modos de concebir lo que constituye su común fundamento: el cuerpo

(1) «Si por azar miro desde una ventana los hombres que pasan por la calle, a la vista de ellos no dejo de decir que son hombres...; y no obstante, ¿qué veo yo desde mi ventana, sino sombreros y capas, que pueden cubrir espectros u hombres fingidos que no se mueven sino por resortes? Pero yo juzgo que son verdaderos hombres, y así comprendo, por la sola capacidad de juicio de mi espíritu, lo que con mis ojos creía ver» («Méditation séconde», Oeuvres, Adam-Tannery, IX, 25).

humano como objeto. Debo conformarme estudiando sumariamente las principales situaciones históricas de esa concepción, y sólo en lo que atañe a las disciplinas más directamente relacionadas con el saber médico.

Siete son, a mi modo de ver, tales situaciones: la Antigüedad clásica, la Edad Media cristiana, el mundo moderno mecanicista, el Renacimiento panvitalista, el vitalismo moderno, el evolucionismo y la actualidad. Desde nuestro punto de vista, examinémoslas una a una.

1. El cuerpo humano en la Antigüedad clásica

El paradigma de la teoría helénica del cuerpo humano alcanza su culminación en las descripciones y las estimaciones de Galeno. ¿Cómo entendió el médico de Pérgamo la realidad somática del hombre? En aras de la brevedad y la precisión, reduciré mi respuesta a unas cuantas proposiciones:

a. *Cuerpo humano y phýsis humana*

Galeno no vio nunca en el cuerpo humano un cadáver, una masa material inanimada, dotada de cierta figura y de tal estructura interior; y no sólo por la razón puramente externa de que sólo pudo disecar cuerpos animales, sino por otra mucho más fundamental: que para él, como para todos los griegos ilustrados, el cuerpo del hombre era una expresión concreta de la divina y viviente *phýsis*, en tanto que cuerpo natural, y la suma expresión de ella, en tanto que cuerpo humano. En la naturaleza del hombre alcanza la *phýsis*, en efecto, su más alta y admirable realización visible. A los ojos de Galeno, el cuerpo del hombre era la epifanía o mostración de su *phýsis* propia, y en consecuencia la epifanía suprema de la *phýsis* universal. Y puesto que la vida es una de las más esenciales notas de la *phýsis*, Galeno –hasta en sus escritos que a primera vista parecen ser puramente anatómicos, como el titulado *De anatomicis administrationibus, perí anatomikôn enkheiréseôn*– describe el cuerpo del animal humano como el cuerpo de un hombre en la plenitud de su movimiento vital, tal como éste fue entendido por los griegos.

b. *El orden descriptivo de Galeno*

Visto desde fuera, el movimiento vital del hombre se expresa ante todo en el gobierno racional del mundo, en el ejercicio de las diversas *tékhnai* o «artes» con que el hombre señorea la naturaleza que no es él: la *tékhnê* de fabricar naves e instrumentos, la de levantar casas y templos, la de escribir palabras, la de curar cuerpos enfermos, etc. Ahora bien: esto lo puede hacer el cuerpo del hombre por ser bipedestante, es decir, por poseer una mano exenta e instrumentífica, y de ahí el orden de las descripciones anatomofisiológicas –Galeno no hubiese admitido la escisión de la ciencia del cuerpo animal en dos disciplinas, la anatomía y la fisiología– en los pertinentes escritos del opus ga-

lénico. Comienzan esas descripciones por la mano, en tanto que órgano principal para el ejercicio de las *tékhnai*. «El hombre es inteligente porque tiene manos», había dicho Anaxágoras. «El hombre tiene manos porque es inteligente», le replicó Aristóteles. Más cerca de éste que de aquél, Galeno ve en las manos la expresión operativa de la condición racional de la *phýsis* humana, y de acuerdo con esa idea procede como antropólogo. Tras la mano, el brazo, soporte de ella y agente de sus movimientos en el espacio. A continuación, el pie y la pierna, sin los cuales ni serían posibles la bipedestación y la condición exenta de la mano, ni el cuerpo del hombre podría alcanzar la verticalidad que tan egregiamente le distingue de las bestias irracionales y le permite –como había dicho el romano Ovidio– contemplar con sus ojos el cielo, la región del mundo en que la divinidad de la *phýsis* más inmediatamente se manifiesta. Y tras el pie y la pierna, la cubierta osteomuscular de las cavidades –vientre, tórax, cabeza– en que se alojan los órganos de cuya actividad depende el movimiento vital, humanamente vital, de todo el cuerpo.

La descripción de cada una de las partes del organismo, un músculo, el hígado o el corazón, sigue en buena parte la serie de los modos de realización de las cosas sensibles a que Aristóteles había dado el nombre de *symbêbêkoí*, «accidentes» –forma, tamaño, posición, número, etc.–; en este caso, accidentes de la sustancia viviente que es la *phýsis* humana individual, realizada y diversificada en los múltiples órganos que la componen. Ya dije que la somatología de Galeno es *a la vez* anatómica y fisiológica; y, como pronto veremos, también psicológica y ética.

c. *El cuerpo humano, microcosmos*

Entendida o no fisiológicamente –esto es: desde el punto de vista de una teoría de la *phýsis*–, la dignidad sacral del cuerpo humano es una constante en la cultura griega clásica. Recuérdese la actitud de Antígona ante la suerte del cadáver de su hermano. Sólo los «secularizados» médicos alejandrinos –Herófilo, Erasístrato– pusieron la soberanía de su *lógos* y su enorme afán de saber e investigar sobre la conciencia de esa dignidad; mas no para negarla, sino para mostrar, mediante la disección, el poder de la razón del sabio y las maravillas morfológicas en que se realiza la *phýsis* del hombre. En el orden del pensamiento fisiológico, por tanto filosófico y científico, la más evidente expresión de esa estimación del cuerpo humano fue la versión helénica de la visión del hombre como microcosmos, idea probablemente común a todas las culturas indoeuropeas (literatura védica en la India antigua, *Gran Bundahisn* persa, escrito hipocrático *Sobre las semanas*). Como es sabido, de un fragmento de Demócrito *ánthrôpos mikrós kósmos*, «el hombre, mundo en pequeño», procede la palabra «microcosmos», luego universal.

Es el cuerpo humano microcosmos porque en él se reproduce la forma del universo, o los ciclos de su movimiento, o los números que rigen su curso incesante. Mas también, y ésta es la idea menos arcaica y más filosófica de la concepción microcósmica del hombre, porque en él se reúnen y compendian unita-

riamente todos los modos de ser del cosmos. Así vio al hombre Aristóteles, y así, desde su condición de médico antropólogo, el ya helenístico Galeno. El cuerpo humano pesa como las piedras, ejecuta mediante la actualización de su *dýnamis physikê* o potencia genéricamente natural las actividades de las plantas, pone en acto las funciones vitales inferiores de los animales a favor de su *dýnamis zotikê* o potencia vital y realiza las funciones animales superiores, sentir y automoverse, específicamente orientadas en su caso hacia lo más propio de la naturaleza humana, actuar racionalmente y hablar, por obra de su *dýnamis psykhikê* o potencia psíquica. Para Galeno, repetiré lo dicho, la forma y las funciones del cuerpo no son sino aspectos diferentes de lo que respecto de una y otras es determinante y radical, la *phýsis* humana, esa *anthrôpou phýsis* de que habían hablado los escritos hipocráticos.

d. *Fisiología y ética*

No sólo por ser microcosmos se pone en evidencia la dignidad a un tiempo cósmica y sacral del cuerpo humano; también porque éste es el agente de la vida psíquica y moral del hombre. Dos escritos de Galeno, los titulados *Quod animi mores corporis temperamenta sequantur*, «Que los hábitos del alma son consecuencia de las complexiones humorales del cuerpo», y *De cuiuslibet animi peccatorum dignotione et medela*, «Sobre el diagnóstico y el tratamiento de los pecados del alma de cada cual», nítidamente demuestran esa resuelta condición somatológica de la psicología y la ética. Como las enfermedades del cuerpo, los pecados del alma serían en último término directa incumbencia del médico. No parece ilícito hablar de un lombrosianismo a la griega.

Asimismo, con sus capacidades y sus diversidades, el cuerpo del hombre es la razón y el fundamento de su vida política y social, por tanto de la posibilidad de definirlo como *zôon politikón*. A causa de su cuerpo vive colectivamente el hombre en ciudades, y por exigencia y obra de él realiza acciones técnicas que le obligan a existir en comunidad con los demás. Epifanía de la *phýsis* humana en la plenitud de su movimiento vital; sacralidad, racionalidad, moralidad y socialidad de nuestra realidad somática; tal es, en suma, la más ceñida expresión del modo helénico de entender el cuerpo humano.

2. El cuerpo humano en la Edad Media cristiana

Tomando convencionalmente como unidad histórica el dilatadísimo lapso temporal que solemos denominar Edad Media –esto es: forzando considerablemente la realidad, porque no es chica la diferencia entre la vida monástica y feudal del siglo XI y la vida incipientemente secularizada y burguesa de las ciudades del siglo XIV–, dos son los rasgos esenciales, en parte contrapuestos y en parte complementarios entre sí, que en la concepción y estimación del cuerpo humano pueden distinguirse.

a. *Sacralidad del cuerpo*

Por una parte, la sacralidad de ese cuerpo, su esencial condición de *sacramentum*, ahora cristianamente entendido. El cuerpo del hombre es el vaso de su espíritu, y el espíritu –éste, en un sentido muy alejado del que tuvieron los *pneúmata* o *spiritus* de la fisiología antigua; el espíritu como principio y fundamento inmaterial de la persona humana– es aquello por lo que más directamente brilla el hombre como imagen y semejanza de Dios, su creador. Más aún: un cuerpo humano es precisamente lo que el Verbo, la Segunda Persona de la Trinidad eligió para encarnarse y redimir a la humanidad entera. No pocos motivos de la vida y la antropología de la Edad Media tienen en su base estas dos profundas creencias. Por ejemplo, la visión formalmente cristiana de la concepción microcósmica del hombre, con su ápice en la obra de Santa Hildegarda de Bingen, y en definitiva la interpretación del cuerpo humano como «símbolo» de la divinidad encarnada. Para el griego antiguo, nuestro cuerpo «realiza» humanamente la divinidad natural de la *phýsis* universal; para el cristiano de la Edad Media, el cuerpo del hombre «simboliza» la divinidad personal del Verbo. Desde un punto de vista jurídico, en esa línea hay que situar la sentencia *Ecclesia abhorret a sanguine* y la prohibición eclesiástica de enterrar *more teutonico*, esto es, descuartizados y trasladados en barriles a su lugar de origen, los cadáveres de los europeos que habían caído en las Cruzadas. O la vieja costumbre de situar los cementerios en las inmediaciones de las iglesias y llamarlos «camposantos». Inhumar en ellos el cadáver de un cristiano –es decir: de un hombre cuyo cuerpo había realizado del modo más explícito y eminente esa condición simbólica– era «enterrarle en sagrado». *Mutatis mutandis*, el mismo sentido sacral tuvo entre los antiguos griegos la cremación del cadáver, esa por la cual luchó y se sacrificó Antígona, porque el fuego sería el modo supremo de poder llevar a cabo la restitución del cuerpo a la divina y primigenia *phýsis*.

b. *La* sectio cadaveris

Frente a esa concepción sacral del cuerpo, mas no contra ella operó, a partir de los últimos decenios del siglo XIII, el ansia de experiencia propia y saber inédito que bajo distintas formas –la autopsia médico-legal, la autopsia anatomopatológica, la pura disección anatómica– condujo otra vez a la práctica de la *sectio cadaveris*. El médico cirujano Henri de Mondeville y los médicos anatomistas Mondino de Luzzi y Bertuccio fueron los máximos paladines de ese empeño.

La mentalidad nominalista, con su imperativo de buscar el saber científico y filosófico en la experiencia de lo individual-concreto, y la creciente importancia de la mano como instrumento de conocimiento y acción, frente a la tradicional preeminencia del discurso raciocinante (Farrington), habrían sido los dos principales impulsos de este renacimiento de la disección anatómica.

c. *El orden descriptivo*

Para un docto de la Baja Edad Media, el cuerpo viviente del hombre era, pues, la unitaria mixtura de esa condición sacral antes mencionada y lo que el progresivo, pero todavía incipiente saber anatómico –desde las toscas e ingenuas «series de cinco láminas» hasta los hallazgos de los disectores prevesalianos, pasando por la *Anatomía* de Mondino– iba enseñando; saber éste simultáneamente atenido a lo muy poco que del opus *galenicum* se conocía entonces y a lo que ante los ojos iban mostrando aquellas rudimentarias disecciones, y ordenado según las sucesivas etapas que en la práctica de la disección imponía el curso de la corrupción del cadáver –*venter inferior* o abdomen, *venter medius* o tórax, *venter superior* o cabeza–, o mediante una sistematización escolástica de la anatomofisiología de Galeno: *membra principalia* (hígado, corazón, cerebro) y, para cada uno de esos miembros principales, los correspondientes *membra adiuvantia, expurgantia* y *defendentia.*

Esa misma condición unitaria y dual tuvieron la psicología y la sociología de la Edad Media. Aquélla, la psicología, con la idea de una armoniosa cooperación entre los sentidos corporales y la mente espiritual. Esta, la sociología, con la distinción entre la *civitas terrena*, preponderantemente integrada por cuerpos humanos vivientes, con los apetitos, las pasiones y las actividades que a ellos corresponden, y la *civitas Dei*, el *corpus mysticum* que constituyen, encarnados en sus respectivos cuerpos, los espíritus rectamente creyentes y actuantes.

3. El cuerpo humano en el mecanicismo moderno

Con la obra de Vesalio se inicia una nueva concepción del cuerpo humano. Al cosmos empieza a vérsele y a entendérsele como una inmensa estructura material, y al microcosmos se le ve y se le entiende desde el punto de vista del cadáver. La *taciturna mors* enseña al médico más que la *loquax vita*, dirá, extremando al máximo el programa de esta actitud mental, la inscripción que preside una sala de autopsias dieciochesca (2). He aquí los rasgos principales y las más importantes etapas históricas de tan influyente orientación de la somatología científica.

a. *Visión arquitectural del cuerpo: Vesalio*

El cuerpo humano viviente no es, por supuesto, un cadáver, pero puede ser entendido desde el punto de vista de lo que en el cadáver ve el disector. ¿Cómo? Por lo pronto, considerando su estructura como la de un cadáver bipedestante apoyado sobre el suelo; por tanto, como edificación arquitectónica que

(2) Sobre la visión cadavérica del cuerpo humano, véase el sugestivo libro de J. H. Van der Berg *El cuerpo humano*, trad. esp. (Buenos Aires, 1964).

ante todo necesita sostenerse y que ha de cumplir esta básica exigencia estática mediante los recursos materiales de que el cuerpo humano está compuesto. Tal es la razón principal de la más notoria de las novedades que en su orden descriptivo ofrece la anatomía de Vesalio, respecto del que rigió la anatomofisiología de Galeno.

Vesalio comienza a exponer su visión del cuerpo, en efecto, con la descripción del esqueleto; más precisamente, con la del esqueleto de un cuerpo humano en pie; y dice hacerlo, esto es lo más significativo, porque, como las carenas de los barcos y los palos de sustentación de las tiendas de campaña, el esqueleto es lo que otorga su primaria estabilidad a la edificación arquitectónica, a la fábrica de nuestro cuerpo. *De humani corporis fabrica* es, como todos saben, el elocuente título del magno libro con que se inicia la anatomía moderna. El orden de la descripción del esqueleto desde la cabeza hasta los pies y las láminas que tan bellamente ilustran la *Fabrica* vesaliana, ponen en evidencia esa tácita consideración del cuerpo humano como un cadáver erecto. Tras el esqueleto, los músculos; y no sólo porque son ellos las partes del organismo que actuando mecánicamente sobre el esqueleto le hacen pasar de la inmovilidad al movimiento local, también porque es su conjunto lo que da primer aspecto humano al edificio que en el esqueleto tiene su armazón. Para advertirlo así, basta mirar los «hombres musculares» de la *Fabrica*. Vienen a continuación los sistemas arterial, venoso y nervioso periférico: los órganos que, como las tuberías de los edificios, ponen en comunicación las distintas partes del cuerpo. Por fin es descrito el contenido visceral de las tres cavidades principales, el abdomen, el tórax y el cráneo. Puede afirmarse, pues, que los siete libros de la *Fabrica* vesaliana vienen a ser la sucesiva descripción de tres grandes sistemas orgánicos, el sistema de las estructuras edificativas (esqueleto, ligamentos y músculos), el de las estructuras unitivas (arterias, venas y nervios) y el de las estructuras impulsivas (vísceras diversas).

En el estilo con que Vesalio describe cada una de las partes anatómicas, el húmero o el corazón, hay, por supuesto, rasgos comunes; a la cabeza de ellos, la prevalente atención a la forma de la parte descrita; pero la intención arquitectural-mecánica –como unos decenios antes sucedía en los célebres dibujos osteomusculares de Leonardo, que así hizo anatómicamente patente su modo de entender la regla del *saper vedere*– se evidencia sobre todo en los primeros libros de la *Fabrica*. Arquitecturales y mecánicas son en ellos no sólo las descripciones morfológicas, también las ineludibles alusiones a la función de la parte considerada. Muy notoriamente cambian las cosas en la descripción de las vísceras. Pese a su declarado y vehemente antigalenismo, Vesalio se muestra fiel seguidor del Pergameno cuando menciona la respectiva función de cada una de ellas, muy galénicamente referida a la actualización de su *dýnamis* propia por obra de los correspondientes *pnéumata* (potencias y espíritus naturales, vitales y animales). Como para Galeno, la víscera, estimulada a ello por el *spiritus* que en cada caso convenga, se mueve específicamente «desde dentro», por la virtud ejecutiva y cualificadora de su propia *dýnamis* o *potentia*, a diferencia de lo que acontece en los movimientos mecánicos del sistema

osteoarticular; con lo cual Vesalio viene a constituirse en una de las primeras y más caracterizadas figuras del tipo histórico que más de una vez he llamado «sabio jánico»: moderno por una de sus caras y antiguo por la otra. A sus ojos, el cuerpo humano sería una edificación arquitectónica, cuyo interior es movido conforme a la doctrina aristotélico-galénica acerca del movimiento de la *phýsis*.

b. *El mecanicismo cartesiano*

Quien llevará a su más pura versión la idea mecánico-moderna del cuerpo será el filósofo Descartes. No sólo por su tan conocida concepción del individuo humano como la unitaria y armoniosa conjunción de una *res cogitans* y una *res extensa*, sino, sobre todo, por su manera de entender la anatomía y la fisiología de ésta. Léanse dos de sus más expresivos textos: «Yo me consideraba ante todo como poseedor de un rostro, de manos y brazos, de toda esa máquina compuesta de huesos y carne, tal como aparece en un cadáver, a la cual designaba con el nombre de cuerpo» escribe en la segunda de sus *Méditations*. «El cuerpo de un hombre vivo difiere del cuerpo de un hombre muerto tanto como un reloj o cualquier autómata... cuando tiene cuerda... difiere de dicho reloj u otra máquina cualquiera cuando por estar rota ha dejado de actuar el principio de sus movimientos», dice en *Passions de l'âme* (3). Recuérdese, por otra parte, el artificio mental con que tan cómodamente trata de explicar el filósofo la atribución de la condición humana a los demás hombres.

Por supuesto que Descartes no desconoce la existencia y las modalidades de la experiencia del cuerpo propio. Más de una observación sutil consigna a tal respecto. Pero cuando se trata de explicar con deliberada objetividad –por tanto, científicamente– la estructura y la función del cuerpo humano, sólo al modelo mecánico recurre. Piense el lector a título de ejemplo en la cartesiana concepción termomecánica del movimiento cardíaco, tan crasamente distinta de la entre moderna, antigua y vitalista que propone William Harvey.

Con pureza cartesiana, y hasta con notoria exageración de esa pureza, tal es el caso en el *homme-machine* de La Mettrie, o recurriendo a tales o cuales compromisos con un galenismo residual o con el vitalismo de los siglos XVII y XVIII, como estructura arquitectónica de órganos fisiológicamente concebidos

(3) Todavía es más demostrativo a este respecto el comienzo del *Traité de l'homme*: «Es preciso que yo os descubra en primer lugar, y aparte, el cuerpo, y después, también aparte, el alma, y que por fin os muestre cómo estas dos naturalezas deben estar juntas y unidas, para componer los hombres que se nos asemejan.

»Yo supongo que el cuerpo no es sino una estatua o máquina de tierra que Dios ha formado adrede para hacerla lo más parecida a nosotros que sea posible; de suerte que no sólo le ha dado, por fuera, el color y la figura de todos nuestros miembros, mas también ha puesto dentro todas las piezas exigibles para hacer que ande, coma, respire y, en fin, que imite todas aquellas de nuestras funciones que pueden imaginarse como procedentes de la materia y no dependen más que de la disposición de los órganos.

»Vemos relojes, fuentes artificiales, molinos y otras máquinas semejantes que, no siendo hechas más que por los hombres, no dejan de tener fuerza para moverse por sí mismas de varias diversas maneras... Pues qué no hará la máquina del cuerpo, construida por las manos de Dios» (*Oeuvres*, Adam-Tannery, XI, 119-120).

(Vicq d'Azyr, Sömmerring) y como objeto mecánicamente construido y actuante (miología de Fabrizi d'Acquapendente, Borelli y Stensen, medicina iatromecánica, embriología preformacionista de Vallisnieri y Bonet) es entendido el cuerpo humano por no pocos médicos y filósofos de la Europa moderna. Pese a la indudable originalidad de cada uno de ellos, no creo que Hobbes y los empiristas ingleses puedan ser comprendidos sin tener en cuenta esta orientación de la somatología.

Llégase con ella a una profunda modificación de la concepción instrumental del cuerpo. Para Aristóteles y Galeno, las partes del cuerpo son *organa*, instrumentos. Pero, ¿cómo y por qué lo son? Y sobre todo, ¿de qué lo son? Lo son de la *phýsis* propia del hombre; por tanto, de lo que en la entera realidad de éste es principio y fundamento generante y configurador; en definitiva, de lo que desde el seno y la raíz de ellos mismos les hace ser como son y actuar como actúan. De modo bien distinto son instrumentos los órganos en la antropología cartesiana. En ella lo son de una realidad allende el cuerpo mismo, la *res cogitans*; por lo cual, la concepción pragmática de éste, tan excelentemente puesta de manifiesto por J. A. Mainetti en ciertos textos de Aristóteles –cuando el Estagirita compara la relación entre la psique y el soma con la existente entre el piloto y su navío o entre el amo y el esclavo, o cuando llama «instrumento de instrumentos» a la mano–, cobra inédita radicalidad y cariz típicamente moderno cuando, a la manera de Descartes, se piense que los órganos no son sino partes especializadas de la general máquina del cuerpo. De una objetivación y una instrumentalización «físicas», basadas en la viviente *phýsis* de lo que se objetiva, se ha pasado así a una objetivación y una instrumentalización «mecánicas», basadas en la consideración maquinal de lo que como objeto se contempla. Con ella el movimiento de las partes orgánicas viene a ser, no, como en la fisiología de Galeno, la actualización de una potencia o *dýnamis* ínsita en la sustancia de ellas, en su *phýsis*, sino la consecuencia de una impulsión externa, a la postre mecánica. Tal es el sentido de la *dýnamis* en la dinámica moderna –la *potentia* como *vis*, como fuerza–, y no otra es la clave central, tantas veces meramente imaginaria, de la fisiología iatromecánica.

c. *Harvey, sabio jánico*

Apunté antes la considerable diferencia que existe entre las concepciones cartesiana y harveyana del cuerpo del hombre. No porque Harvey no sepa ser moderno y mecanicista: el corazón y sus válvulas se mueven como lo hacen porque mecánicamente lo determina así la peculiaridad de su forma; la *dýnamis sphygmikê* o *vis pulsifica* de las arterias de la fisiología de Galeno queda reducida a la *vis a fronte* de la sangre impulsada por el corazón. Mas cuando al fin de su vida –cartas a Riolano, *Exercitationes de generatione animalium*– hace el balance de su pensamiento biológico, se siente obligado a atribuir una espontaneidad supramecánica a la causa originaria del movimiento cardíaco, y a interpretarla de un modo que a la vez puede ser llamado aristotélico y previtalista, en cuanto que anticipa o inicia lo que pronto será el inicial vitalismo de

Glisson y, ya más explícito, el vitalismo sistemático del siglo XVIII. Una muy personal manera de ser, como Vesalio, sabio jánico (4).

d. *Anatomía y psicología*

Para Descartes, el cuerpo no siente, ni piensa; piensa y siente –el sentir pertenece también al *cogito* cartesiano– la *res cogitans* del hombre. Cuenta Ortega que el cartesiano Malebranche, con ocasión de expulsar a palos una perrita preñada que perturbaba cierto apacible coloquio, él, tan bondadoso por naturaleza y oficio, respondió a los reproches de los amigos diciendo: «¡No es más que una máquina, no es más que una máquina!» El cuerpo animal no siente, pensaba Malebranche, aunque parezca hacerlo cuando maquinalmente responde al golpe con la queja. Por sí mismo, el cuerpo humano tampoco sentiría, pero sus afecciones ponen al alma en situación de tener que sentir. «El dolor y muchos otros sentimientos –escribe Descartes en sus *Principes* (II, 2, 63)– nos llegan sin que los hayamos previsto, y nuestra alma, por un conocimiento que le es natural, juzga que esos sentimientos no proceden propiamente de ella en tanto que es una cosa que piensa, sino en tanto que ella está unida a una cosa externa que se mueve por la disposición de sus órganos.» Nace así una psicología por una parte idealista e introspectiva –*armchair psychology*, psicología de sillón de brazos, la llamarán tres siglos más tarde los anglosajones–, e indagadora, por otra, de las alteraciones del cuerpo que dan lugar a las percepciones y los sentimientos corporalmente localizados. Bien notoria es la gran influencia que, bajo distintas formas, ha tenido este dualismo antropológico en la historia del pensamiento occidental (5).

4. El cuerpo humano en el panvitalismo renacentista

Frente a la visión del cosmos como un inmenso mecanismo y del microcosmos como una composición mecánica de estructuras materiales, otra línea del pensamiento renacentista, a la que dan cima antropológica los médicos Paracelso y Van Helmont, afirmará que el universo es un inmenso organismo viviente –panvitalismo– y que el microcosmos, antes que una edificación arquitectónica de formas disecables, es un armonioso conjunto de fuerzas cualitativamente distintas entre sí, generadoras de los procesos y funciones en que se realiza la vida orgánica y capaces, en consecuencia, de dar lugar a las formas orgánicas en que esa vida se nos hace visible.

(4) El carácter selectivo y esquemático de mi exposición no me permite mostrar con detalle la concepción del cuerpo humano –en parte mecanicista, en parte aristotélica, en parte previtalista– que sirve de base a la fisiología de Harvey. Vea el lector el capítulo dedicado al genial fisiólogo en mi libro *Grandes médicos* (Barcelona, 1961).

(5) La sociología de Hobbes –valga este ejemplo– se apoya muy claramente en la antropología de Descartes y en la mecánica de Galileo. Hobbes, en efecto, quiere elaborar una filosofía de los cuerpos y de los movimientos –en definitiva mecánicos– de tales cuerpos. Estos pueden ser «naturales» (cuerpo humano, filosofía natural) y «sociales» (cuerpo social, filosofía civil). La dinámica de la sociedad es así reducida a la combinación de dos fenómenos elementales, el choque y la competencia.

Ante la noticia de lo que entonces están haciendo en Italia y en otros países los disectores, y como caricaturizando por desmesura su personal concepción de la antropología, dirá Paracelso que ese afán de despedazar cadáveres no pasa de ser un juego de niños. El ansia de ver y saber que incita a la disección anatómica sería equiparable a la curiosidad del niño cuando rompe una muñeca para descubrir lo que tiene dentro. No, la anatomía no puede ser a los ojos de Paracelso la disciplina fundamental de los saberes médicos; esa misión debe cumplirla la alquimia, el conocimiento –prequímico, precientífico, pensamos nosotros– de las transformaciones cualitativas de la materia. El cuerpo humano es, sí, microcosmos, mas no entendido como un compendio de modos de ser ontológicamente concebidos, a la manera de Aristóteles y Galeno, sino como un organismo de todos los modos de operar existentes en el cosmos; desde el peso, en el que se ve el resultado de una viviente atracción mutua entre los cuerpos naturales, hasta los procesos alquímico-vitales en que consisten la digestión, la respiración o la secreción urinaria (6). Platón llamó al universo *kosmos zôôn*, «cosmos dotado de *zoê*, de vida» (*Tim.* 30 b), para expresar con su peculiar brío estilístico la condición a un tiempo viviente y sacral que atribuía al cosmos. Como cristianizando a su modo esa vieja doctrina helénica, el panvitalista Paracelso verá en el cosmos un gigantesco organismo viviente, porque así quiso crearlo el Dios vivo, y en el microcosmos, imagen y semejanza de ese Dios, una viviente miniatura de todas las operaciones, a la postre alquímicas, que en el universo acontecen. El carácter sacral del cuerpo humano, perdido, por lo menos a primera vista, en la somatología mecánico-maquinal de los cartesianos y los iatromecánicos, aparece bajo forma nueva en la antropología de Paracelso. Sólo desde este punto de vista puede ser bien entendida la ética médica del paracelsismo.

Tomado a la letra, muy lejos de nosotros parece hallarse el pensamiento antropológico de Paracelso; más exactamente, muy lejos nos hallamos nosotros de él. Pero una visión histórica de sus vicisitudes nos hará ver que, en virtud de un paulatino proceso de secularización y racionalización, no pocas de las intuiciones básicas de ese pensamiento, y por tanto de su concepción del cuerpo humano, son el origen primero de la bioquímica actual. Compruébelo el lector mirando desde este punto de vista lo que dicen o sugieren los manuales de historia de la Medicina.

5. El cuerpo humano en el vitalismo moderno

El espectacular triunfo de la *scienza nuova* durante los siglos XVI y XVII –astronomía de Copérnico, Kepler, Galileo y Newton, física de Galileo, Descartes, Huygens; Newton y Leibniz, naciente química racional de Boyle– iba a hacer históricamente imposible la perduración del enterizo panvitalismo de Paracelso y Van Helmont. En lo tocante al movimiento de los cuerpos materia-

(6) Apartándose en esto de su predecesor y maestro, el piadoso Van Helmont rechazará por pagana la concepción microcósmica de la naturaleza humana.

les, comprendidos entre ellos los cuerpos vivientes, ¿cómo resistir a la evidencia y a la seducción de la mecánica terrestre galileana y de la mecánica celeste newtoniana? Bajo tan irresistible presión intelectual y social, porque hasta los salones llegó el prestigio de estos gigantes de la ciencia, muchos sabios de la época, médicos en su mayoría, idearon y construyeron un compromiso intelectual que de algún modo preservase la irreductible peculiaridad aparente de los fenómenos biológicos –a la cabeza de ellos, la generación, el desarrollo embrionario y la teleología de los procesos de restauración y curación–, y permitiese afirmar la autonomía de los seres vivos en el cuadro general de los saberes científicos. Dicho compromiso, iniciado ya por los iatroquímicos y por Glisson en la segunda mitad del siglo XVII, recibirá en el siglo XVIII el nombre de *vitalismo.* Por debajo de los varios modos de concebirlo –desde Haller y Medicus hasta Bichat, Liebig, Joh. Müller y Henle, e incluso hasta Grasset–, veamos las líneas generales de la concepción vitalista del cuerpo humano.

Estudian el cuerpo del hombre dos disciplinas científicas principales: la anatomía, que en el siglo XVIII empieza a ser comparada, además de descriptiva, y la fisiología, a la que Haller, bien que entendiéndola cómo *anatomia animata* –la anatomía de un cadáver al que se infundiera vida– acaba de conceder carácter autónomo. Cada vez con más neta distinción entre ellos, desde entonces habrá anatomistas y fisiólogos. Prosiguiendo y perfeccionando la línea vesaliana y disectiva, los anatomistas –Vicq d'Azyr, Scarpa, Morgagni, Sömmerring– describirán el cuerpo humano como un conjunto estructural de formaciones particulares; órganos y aparatos, estos últimos concebidos y nombrados con criterio funcional: aparato digestivo, respiratorio, circulatorio, etc. Ahora bien: tanto ellos como los fisiólogos *sensu stricto,* y pronto los embriólogos de orientación epigenética, como C. Fr. Wolff, ¿cómo interpretarán la formación y las funciones de esos órganos y aparatos, en definitiva su movimiento vital? Mediante dos recursos básicos y una tesis conclusiva:

a. *Compromiso con la ciencia moderna*

Admitiendo que los procesos elementales del organismo –cómo el alimento se transforma en quilo, cómo la sangre pasa de ser arterial a ser venosa, cómo el músculo se contrae, etc.– en cierto modo obedecen a los esquemas descriptivos y a las leyes que los *novatores* de la ciencia del cosmos cada día están descubriendo. En tanto que entes materiales, algo y aun mucho tienen el cuerpo de los animales y el cuerpo del hombre a lo cual puedan y deban ser aplicados los métodos y los conceptos de la física y de la naciente química. Así, valga su ejemplo, pudo Wolff construir su embriología, Bichat investigar la composición tisular del cuerpo humano y hacer bioquímica Liebig.

b. *El principio vital*

Afirmando a la vez que el gobierno y la orientación de esos procesos elementales, y por tanto su orientación global en el curso de la morfogénesis, en

el adecuado cumplimiento de las funciones orgánicas y en los fenómenos de la autorreparación y la curación espontánea, se hallan a cargo de un *principio vital*, también llamado *fuerza vital*, cuya consistencia real no aparece bien definida, pero al que se atribuye una naturaleza constitutivamente superior a la que poseen las fuerzas que estudian la física y la química, y cuya actividad rectora daría lugar en las partes orgánicas a las llamadas «propiedades vitales». Esa «fuerza» no podría ser sometida a medida y a manejo experimental, como en el laboratorio lo son las fuerzas físicas y químicas, pero de ella dependería que los experimentos en el animal muestren el sentido genuinamente biológico propio de las actividades vitales.

c. *Tres realidades en el hombre*

Concluyendo, en suma, que el individuo humano se halla compuesto por tres órdenes de realidades: la materia organizada, entendida según las ideas estequiológicas y químicas del autor de que se trate, el principio vital –el cuerpo viviente sería el resultado de la conjunción de aquélla y éste– y el espíritu inmaterial y libre de que desde su origen viene hablando la antropología cristiana. Porque el vitalismo, fenómeno histórica y socialmente conservador, sólo muy excepcionalmente cobró entre sus adeptos una versión crasamente materialista.

6. El cuerpo humano en el pensamiento científico del siglo XIX

Sólo con graves salvedades puede hablarse «del» pensamiento científico del siglo XIX, como si tal pensamiento fuese un todo uniforme, o al menos coherente. Ciñamos nuestra mirada al tema que nos ocupa. La manera de entender el cuerpo humano los paladines de la *Naturphilosophie* romántica, los fisiólogos experimentales en cuya mente perdura el vitalismo, los anatomistas que se resisten a aceptar el evolucionismo biológico, los doctrinarios de un materialismo radical, marxistas o no, y los morfólogos que hacen suya la doctrina darwiniana, ¿puede acaso ser unitariamente descrita? Pienso, sin embargo, que en la ciencia del siglo pasado llegó a constituirse un torso central y que, en el capítulo correspondiente al conocimiento del cuerpo humano, pueden ser en él discernidas cuatro notas principales:

a. *La teoría celular*

Sucesivamente jalonada por los nombres egregios de Schleiden, Schwann, Virchow y Cajal, admitida por todos, la teoría celular hará ver el cuerpo animal, y por consiguiente el cuerpo humano, como una agregación de células morfológica y fisiológicamente distintas entre sí y organizadas en tejidos que difieren uno de otro por la índole de las células que los componen. Enriquecida con nuevos hallazgos, la organología morfológica sigue siendo la misma de

Vicq d'Azyr y Sömmerring; pero el conocimiento de la composición anatómica de las partes del organismo cambia radicalmente con el triunfo incontestado de la teoría celular. En cuanto fundamento de una doctrina biológica del organismo en su conjunto, esa teoría se orientará, sin embargo, en dos direcciones contrapuestas: la de quienes, como Virchow, acentúan al máximo la individualidad morfológica y funcional de la célula –*das sogenannte Individuum*, «el llamado individuo», escribe una vez Virchow para designar el todo del cuerpo animal– y la de quienes, como Heitzmann y Rauber, se resisten a ver fraccionada en millones y millones de corpúsculos celulares más o menos autónomos la unidad funcional de cada cuerpo viviente (7).

b. *El antivitalismo*

La vigencia del vitalismo no se agota al terminar el siglo XVIII; reiteradamente lo he apuntado. Con matices distintos, vitalistas son Liebig, Johannes Müller y Henle. Acérrimo enemigo de cualquier «fuerza vital», Cl. Bernard pensará que la morfogénesis animal no podría ser entendida sin admitir la existencia de una *idée directrice* capaz de orientar el *arrangement* de los procesos fisicoquímicos a que analíticamente puede y debe ser reducida. El propio Virchow llamó una vez *neuer Vitalismus*, «vitalismo nuevo», al meollo de su pensamiento biológico. Al siglo XIX pertenecen, en fin, las primeras formulaciones del neovitalismo de Driesch y las expresiones postreras del vitalismo de Montpellier. En medio de esta dilatada y vacilante perduración de la mentalidad vitalista o cuasivitalista, la victoria estaba reservada, sin embargo, al enérgico «frente contra el vitalismo» que al iniciarse la segunda mitad del siglo XIX formaron en Alemania Helmholtz, Brücke, Ludwig y Du Bois-Reymond. Nada hay en los seres vivos al margen de las fuerzas que estudian la física y la química, se afirma: sólo mediante los métodos y los conceptos propios de esas dos ciencias podrá construirse, en consecuencia, una biología verdaderamente científica. Y desde entonces, pese a los brotes de aquella mentalidad que surgieron a fines del siglo pasado y en los primeros decenios del nuestro, tal ha sido la regla de oro de la investigación biológica. Lo cual, como veremos, no equivale a decir que la ciencia del cuerpo animal y del cuerpo humano haya sido no más que la sucesiva y progresiva realización del ideal epistemológico proclamado por Helmholtz, Brücke, Ludwig y Du Bois-Reymond.

c. *La bioquímica, ciencia básica*

Vitalistas o no, a los hombres de la generación de Liebig –integrada no sólo por alemanes, también por franceses y británicos– corresponde el mérito insigne de haber iniciado la bioquímica moderna. Desde el propio Liebig hasta los sabios que a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX continuaron su obra, baste nombrar a Hoppe-Seyler, Emil Fischer y Kossel, el auge de la explicación

(7) Véase la excelente monografía de A. Albarracín Teulón, *La teoría celular* (Madrid, 1983).

química de los procesos materiales y energéticos de la vida animal va a ser tan continuado como brillante. No debe extrañar, pues, que la somatología vaya apoyándose más y más sobre la fisiología bioquímica, aunque ésta nada enseñe todavía acerca de la forma del cuerpo humano y de sus órganos. Ahora bien: ¿puede ser sólo saber bioquímico la fisiología animal y –sobre todo– la fisiología humana? Hace ya muchos decenios que tan fundamental interrogación está operando, por modo expreso o por modo tácito, entre los fisiólogos de mirada más abarcadora.

d. *El evolucionismo biológico*

Desde los autores hipocráticos, el conocimiento científico del cuerpo humano tiene en la embriología una de sus disciplinas esenciales; pero hasta el siglo XIX, el saber morfogenético de los médicos y los biólogos no se refería más que al cuerpo individual del hombre, no a su cuerpo específico. Espectacularmente van a cambiar las cosas durante ese siglo; no sólo porque la embriología comparada, ya mayor de edad desde von Baer, Pander y Remak, exige planteamientos nuevos, también, y sobre todo, porque, tras la decisiva obra de Darwin, será el pensamiento evolucionista el que oriente e informe la mente de los anatomistas y los morfólogos.

Haeckel y Gegenbaur, aquél como zoólogo y biólogo general, éste como morfólogo y anatomista, fueron los protagonistas del cambio. La anatomía y la embriología comparadas y la concepción de la ontogénesis como una recapitulación específica de la filogénesis conducirán a entender el cuerpo humano como el término de un proceso evolutivo por obra del cual se ha hecho bipedestante el cuerpo de los mamíferos. Para Haeckel y Gegenbaur, el hombre es un mamífero al que la evolución biológica ha puesto en pie. Esta y no otra es la razón por la cual, aun siendo la bipedestación nota característica del género *Homo*, sea la distinción zoológica entre «plano dorsal» y «plano ventral» la que, desplazando a la vesaliana entre «arriba» y «abajo», rija las denominaciones topográficas de los anatomistas científicos. En esa idea rectora tiene su fundamento la aparición de un nuevo orden descriptivo en los tratados de anatomía.

Gegenbaur inicia el suyo, como Vesalio, con la descripción del esqueleto. Pronto, sin embargo, se aparta de la arquitectónica pauta vesaliana, porque su personal exposición de la osteología comienza con la anatomía general de la vértebra. ¿Por qué? Los morfólogos idealistas de comienzos de siglo –Goethe, Oken– construyeron la famosa teoría vertebral del cráneo, y el propio Goethe vio en la vértebra lo que para él es la hoja en los organismos vegetales: *Urform*, protoforma ideal de la morfología de los vertebrados. Con sus investigaciones sobre el esqueleto de los selacios, Gegenbaur había demolido la hasta entonces tan subyugante y prestigiosa concepción vertebral del cráneo; pero dando un resuelto giro haeckeliano a la general idea goethiana de la vértebra, con la de ella iniciará su descripción evolucionista del cuerpo del hombre. Porque la vértebra es a sus ojos –y desde entonces a los de todos– el resto más sólido y

el signo más claro de la originaria organización metamérica del embrión del vertebrado, y en consecuencia el más claro y fehaciente testimonio de la doctrina morfológica antes expuesta: que nuestro cuerpo es el de un vertebrado mamífero al que la evolución biológica ha hecho bipedestante. Toda la ulterior descripción de la anatomía humana –en la cual, por supuesto, también están operando los criterios morfológico-figural y fisiológico– se halla más o menos visiblemente informada por ese inicial y básico punto de vista.

e. *Visión científica del cuerpo humano*

En los primeros decenios del siglo XX, ¿qué era el cuerpo humano para un hombre de ciencia intelectualmente al día? Esto: el cuerpo de un mamífero evolutivamente puesto en pie, externa e internamente configurado por ese fundamental proceso filogenético, compuesto por células morfológica y fisiológicamente organizadas en tejidos, y últimamente resoluble en las moléculas y los procesos energético-materiales –en ellos se ve el grado postrero del análisis biológico– que la bioquímica y la biofísica están dando a conocer. Es el sexto de los grandes modelos en la historia de la somatología occidental. El primero, el de Galeno: microcosmos de los modos cósmicos de ser y epifanía de la *phýsis* humana en la plenitud de su movimiento vital. El segundo, el cristiano-medieval: microcosmos a un tiempo sacral y disectivo. El tercero, el que inician Leonardo da Vinci y Vesalio y alcanza extremosa culminación con Descartes y los cartesianos: arquitectura de formas materiales mecánicamente relacionadas entre sí. El cuarto, el de Paracelso: microcosmos, otra vez sacral, de fuerzas vivientes, alquímicamente concebidas. El quinto, el vitalista: resultado de la acción rectora de una fuerza vital sobre la materia y las fuerzas que estudian la física y la química. Superando y desplazando a todos ellos, la operación conjunta de la teoría celular, el evolucionismo biológico y la bioquímica darán lugar al que sumariamente acabo de describir.

La desacralización del cuerpo humano, tan patente y radical en la somatología cartesiana, no es menos patente y menos radical en esta concepción zoológico-evolutiva, celular y bioquímica de su realidad. Por una u otra vía, la mecanicista o la evolucionista-celular-bioquímica, tal desacralización del cuerpo trae a la vez consigo –muy bien ha sabido verlo J. A. Mainetti– una tajante y decisiva ruptura con la axiología cuasimaniquea de la antropología platónica (el cuerpo, prisión del alma) y de una parte de la ascética cristiana (el cuerpo, causa inmediata de la tentación, enemigo al que constantemente hay que vencer para lograr la perfección espiritual). Al cuerpo se refieren los muchos y grandes bienes que el buen uso de la razón concederá al hombre, según el *Discurso del método*, y en la vigorosa afirmación de él tiene uno de sus más importantes rasgos fundamentales muy buena parte de la cultura del siglo XIX. El radical naturalismo de la ciencia ochocentista –bien distinto del también radical naturalismo griego, porque la «naturaleza» de que habla tal ciencia dista mucho de ser la *phýsis* helénica– no sólo se manifiesta, en efecto, como conocimiento científico del cosmos y del cuerpo humano. En las hoy llamadas «cien-

cias humanas», varias son, aparte ésa, las principales expresiones del naturalismo del siglo XIX. Por lo menos, las siguientes: 1.ª Expresión *moral*. Baste pensar en el contraste que existe entre la moral kantiana (sujeto y término de atribución de los actos morales: lo que en la realidad del hombre es *noumenon* transfísico, y por tanto intimidad moral) y la moral lombrosiana (sujeto y término de atribución de los actos morales: la suma de la naturaleza somática del individuo y la sociedad). En un orden meramente social y no científico, a la naturalización y la somatización de la moral debe ser asimismo referida la pacata actitud burguesa ante el cuerpo: éste como realidad que socialmente debe ocultarse, como «lo vitando». 2.ª Expresión *psicológica*. Wundt llama «psicología» a la ciencia que construye; pero la condición metódicamente experimental de ella y la concepción del experimento a ella inherente hacen de la psicología wundtiana, a la postre, una somatología científico-natural del psiquismo. Otro tanto debe decirse de la psicología conductista de Watson. 3.ª Expresión *sociológica y antropológico-filosófica*. La antropología y la sociología de Marx, con su radical materialismo corporalista, la sociología de Durkheim, con la *contrainte sociale* como idea básica y el propósito metódico de proceder intelectualmente como el físico y el químico, y la de Tarde, con su básica referencia a la *imitation*, la antropología de Nietzsche, tan temáticamente atenida a la corporalidad (*Leiblichkeit*), en una común exaltación del valor del cuerpo humano tienen su fundamento. Es el punto de partida de la «resurrección de la carne» que como fenómeno histórico percibirá pocos decenios más tarde el Ortega joven.

7. El cuerpo humano en la actualidad

Llamando genéricamente «actualidad» a todo lo que –modificando la herencia del pasado o introduciendo en la vida colectiva novedades más o menos revolucionarias– históricamente viene sucediendo desde la Primera Guerra Mundial, en la visión científica del cuerpo humano a ella correspondiente pueden ser discernidos varios rasgos principales:

a. *Ampliación del saber recibido*

Prosiguiendo el estudio de la célula, el microscopio electrónico y la citoquímica han dado realidad a no poco de lo que sólo como ensueño podían entrever los citólogos del siglo pasado. Continuando perfectivamente la obra de Emil Fischer, Kossel y sus coetáneos, la bioquímica y la biología molecular de Pauling, Krebs, Watson y Crick, Ochoa, Kornberg y tantos otros han logrado que la visión analítica de los procesos vitales diese un subyugante salto cualitativo. Piénsese tan sólo en la fundamental y universal significación biológica que posee el descubrimiento de la doble hélice del ADN. Desde la morfogénesis y la embriología hasta la ciencia de la nutrición, la neurofisiología, la neu-

robioquímica y la paleontología –entre el hallazgo del pitecántropo de Java y de los restos óseos de Neanderthal y Heidelberg, por un lado, y lo que sobre el origen del hombre han revelado los descubrimientos del matrimonio Leakey, qué enorme avance–, todas las disciplinas que integran la somatología científico-natural han progresado espléndidamente.

b. *Recapitulación de los modelos precedentes*

Con mayor precisión: la más o menos consciente y deliberada recapitulación de cuanto en los procedentes modelos somatológicos parece ser valioso. La anatomía de Braus y la de Benninghof son tal vez el más claro ejemplo de esa actitud recapitulatoria de la somatología actual. Braus, por ejemplo, trata de asumir unitariamente –en ciertos aspectos de su obra, tal vez sin proponérselo– las visiones procesal-funcional, estructural-tectónica y embriológico-evolutiva del cuerpo humano. Algo de Galeno tienen, en efecto, la idea de comenzar su anatomía con el estudio morfológico-funcional del aparato locomotor y el estilo de otros capítulos de su libro. Vesalianas son, por otra parte, no pocas de sus descripciones morfológicas y la idea de comparar la totalidad viviente del cuerpo humano a una fábrica en plena actividad. Evolucionista, en fin, es la elección de la embriología del segmento metamérico como punto de partida de su empeño: componer una anatomía de carácter causal, no meramente descriptiva y en todo momento atenida al hombre viviente y actuante, no a su cadáver. Algo semejante puede decirse de la anatomía de Benninghof.

c. *Forma y función*

Una tendencia más o menos deliberada a romper y superar la dicotomía entre la forma y la función, que tan tópica se había hecho en el mundo moderno; porque o bien se pensaba que la función es consecuencia directa de la forma, o bien se admitía que el impulso biológico subyacente a la función –una «fuerza», vitalista o no vitalistamente entendida– tiene poder morfogenético. Recuérdese lo que acerca de la extensión del principio de complementariedad a la biología y sobre la noción científica y filosófica de estructura quedó dicho en páginas anteriores.

d. *Hominización de los saberes somatológicos*

Sin renunciar, por supuesto, a todo cuanto la consideración anatómico-comparada y fisiológico-comparada del cuerpo humano enseñó en el siglo pasado y viene enseñando en éste, aceptando, en consecuencia, lo mucho que intelectual y técnicamente nos ha enriquecido la visión del hombre como organismo susceptible de comparación con el de los restantes seres vivos, desde la *Escherichia* hasta los antropoides superiores, la antropología científica actual

procura descubrir y subrayar lo que en la realidad somática del hombre es, si vale así decirlo, comparativamente incomparable (8).

e. *«Sacralización secularizada» del cuerpo*

Viene en nuestro siglo produciéndose una progresiva sacralización secularizada, si se me admite tal expresión, en la estimación general del cuerpo. La conversión del deporte en hábito social, el creciente aprecio de la salud individual y colectiva, tan abrumadoramente manifiesto en lo que gastan los pueblos para conservarla y mejorarla, la consideración a un tiempo estética y ética de la alimentación, el rápido desarrollo de la tanatología científica, el fondo antropológico de los movimientos ecológicos, la amplia difusión del yoga, la varia y viva preocupación por las técnicas de la expresión corporal, ¿no llevan acaso en su seno una actitud ante el cuerpo humano que de modo por completo secularizado tiende a sacralizarlo?

II. LA EXPERIENCIA INTIMA DEL CUERPO PROPIO

No sólo cuando veo mis manos o cuando me miro en el espejo tengo experiencia de mi propio cuerpo, también cuando desde dentro de él lo siento. Mi

(8) ¿Qué tiene de específicamente humana la dinámica del cuerpo del hombre? Tal especificidad, incuestionable cuando entre sí se comparan la conducta humana y la de los animales superiores, ¿supone la existencia de un salto cualitativo desde la realidad del psicoorganismo animal a la del psicoorganismo del hombre, o es el resultado de una evolución continua y homogénea desde los prehomínidos hasta el actual *Homo sapiens sapiens*, según la serie australopitécidos-pitecantrópidos-*Homo habilis-Homo erectus-Homo sapiens-Homo sapiens sapiens*? En cinco campos del saber se ha planteado la cuestión, y en los cinco se vienen dando respuestas positivas y negativas a la segunda de esas dos interrogaciones: 1.° La *neurofisiología*. ¿Hay una diferencia irreductible, allende todo legítimo comparatismo, entre el funcionamiento del cerebro del hombre y el de los antropoides? Tres monografías ya mencionadas, *Biología y psicoanálisis*, de Rof Carballo, *What makes man human* de Pribram. *The Self and its Brain*, de Popper y Eccles, y junto a ellas *Languages of the brain*, también de Pribram, *Brain mechanisms and behavior*, de Smythies, los *Prolegomena zu einer anthropologischen Physiologie*, de Buytendijk, *The human mystery*, de Eccles, y los trabajos experimentales de Rodríguez Delgado, son testimonio elocuente de la cada vez más difundida búsqueda de cuanto en el cerebro humano es biológicamente incomparable. 2.° La *paleontología*. El paso de la braquiación a la bipedestación, con la consiguiente liberación de la mano, y el sucesivo desarrollo filogenético del cerebro, con su progresiva telencefalización, ¿permiten explicar satisfactoriamente y en su integridad el proceso de la hominización? Entre la copiosa bibliografía sobre el tema, el lector español puede leer la bien informada monografía de J. Lorite Mena *El animal paradójico* (Madrid, 1982). 3.° La *ciencia de la conducta*. El estudio experimental del comportamiento de los animales superiores, imprescindible, desde luego, para conocer científicamente el comportamiento humano, ¿permite explicar de manera satisfactoria la peculiaridad de éste? 4.° La *sociología*. La sociobiología de E. O. Wilson, máximo esfuerzo, desde Spencer y Darwin, para entender sólo biológicamente la estructura y la dinámica de la sociedad humana, ¿logra por completo su propósito? 5.° La *ética*. El comportamiento ético –con sus tres condiciones necesarias: capacidad para anticipar las consecuencias de las acciones propias, capacidad para hacer juicios de valor y clasificar los objetos y las acciones en «buenos» y «malos», capacidad para elegir entre modos alternativos de acción, ¿tiene precedentes estrictamente válidos en el modo animal de preferir, o es una rigurosa novedad cualitativa? El sereno y documentado examen a que el genetista F. J. Ayala («De la biología a la ética», *Revista de Occidente*, 3.ª etapa, núms. 18-19, págs. 163-186) ha sometido la cuestión, parece autorizar una respuesta afirmativa al segundo término del dilema.

En relación con todos estos problemas, es la antropología filosófica de Zubiri la que, a mi modo de ver, mejor los plantea y –en la medida de lo científicamente posible– más apuradamente los resuelve. De nuevo debo remitir al estudio de I. Ellacuría antes mencionado.

cuerpo es ahora el «intracuerpo» de Ortega, el «cuerpo-para-mí» de Sartre, el «cuerpo vivido» de Marcel, el «cuerpo fenoménico» de Merleau-Ponty, el aspecto más subjetivo de la «instalación corpórea de la vida humana», de que habla Marías. Pues bien, también respecto de él se ha hecho patente en nuestro siglo la «resurrección de la carne» que Ortega detectó.

En la fenomenología de Husserl y en la general difusión de una mentalidad fenomenológica ha tenido causa instrumental y método idóneo el análisis de la experiencia íntima del cuerpo propio. Poniendo entre paréntesis todo lo que en ella sea accidental, ¿qué tiene de esencial esa experiencia? Por modo expreso o por modo tácito, con mayor o menor fidelidad a Husserl, tal ha sido la interrogación que se han hecho los descubridores y analistas del intracuerpo (9). Uniéndome yo a la empresa común, y teniendo en cuenta lo que en ella se ha logrado, expondré a mi manera los rasgos más importantes de lo que el cuerpo humano es y significa para quien como suyo lo vive. A mí, ¿qué me dice mi cuerpo, en tanto que vivido por mí y mío?

1. La conciencia de mi existir

Mi cuerpo me dice en primer término, como fundamento de todos sus ulteriores decires, que yo existo. No como resultado de un razonamiento *more cartesiano* –«yo pienso, luego yo existo»–, sino como una evidencia anterior a cualquier acto mental. Yo no sé y no puedo saber si en mí hay algo que, privado de mi cuerpo por la muerte de éste, tendrá de algún modo conciencia de su incorpórea realidad. Sé de manera inmediata, en cambio, que la certidumbre de mi personal existencia tiene en mi cuerpo, en mi primaria experiencia de lo que yo llamo «mi cuerpo» –«el cuerpo que por cierto derecho particular yo llamo mío me pertenece más propiamente y más estrechamente que ningún otro» (*Méd.* VI), se ve obligado a decir, y no por vía de razonamiento, el «existente» Descartes–, más aún que la condición necesaria, la causa y el fundamento de la conciencia de mi existir. Bien lejos de cualquier materialismo antropológico –porque decir «yo soy tal cosa» en modo alguno equivale a afirmar «yo no soy más que tal cosa»–, ha escrito Gabriel Marcel: «yo soy mi cuerpo». «Yo tengo un cuerpo que pertenece a mi ser», escribí hace años para unir en una sola fórmula la experiencia de «tener», propia de la concepción objetivante del cuerpo humano, y la experiencia de «ser», característica de la visión fenoménica de él. El cuerpo no pasa de ser un subsistema en la unidad estructural y sistemática del psicoorganismo, y como tal sólo puede existir y actuar unitaria e indisolublemente unido al otro subsistema de ella, el psiquismo, afirma una y otra vez Zubiri. De ahí que la conciencia inmediata de mi propio cuerpo sea eo *ipso* conciencia de mi propio existir, y que la primaria concreción de ésta sea –perfectiva o defectivamente– el seguir viviendo y el estar realizándose.

(9) Una excelente y original exposición de la actual teoría filosófica del cuerpo puede leerse en J. A. Mainetti, *Realidad, fenómeno y misterio del cuerpo humano* (La Plata, 1970).

2. La conciencia de mi estar

Entendido el término en su sentido más general, neutro y básico, el mero estar es, como vimos, el fundamento vivencial de todos los múltiples modos de hallarse somáticamente afectado el sujeto humano: malestar, bienestar, sentimientos y emociones, estados de salud y enfermedad, relajación y tensión, hambre, sed, fatiga, etc. Pues bien, a la experiencia íntima de mi propio cuerpo pertenece mi constitutiva necesidad de estar en mi existencia, y por tanto el fundamento de todos los posibles modos concretos de realizarse esa necesidad. Sin cuerpo humano, ni yo podría afirmar que me siento alegre, que «estoy alegre», o que me siento triste, que «estoy triste», ni Cristo hubiera podido decir «Triste está mi alma hasta mi muerte». El cuerpo –mi cuerpo– se me revela así como fuente de sentimientos.

3. La conciencia del mundo, y por consiguiente de mi estar en el mundo

Que el mundo sea verdaderamente real, que exista por sí mismo, y que yo tenga que existir y estar en él –tal es la forma objetivante del estar, la correspondiente a «yo estoy en el mundo», complementaria de sus formas subjetivas, «yo estoy alegre» o «yo estoy triste»–, no es la conclusión de un razonamiento mío a la vista de lo que ante mí percibo, sino una experiencia primaria e inmediata que debo a mi cuerpo; porque sin mundo, el que sea, yo no puedo existir humanamente, y porque es mi cuerpo el que me impone esa constitutiva necesidad de mundo.

Algo me resiste fuera de mí y en mí mismo, algo me modifica desde fuera de mí y en mí mismo, y ese «algo» depende de la esencial, ineludible conexión entre mi cuerpo y el mundo. Me resiste el mundo cuando lo miro, porque sólo en cuanto que no me es transparente puedo verlo, y esa no-transparencia suya tiene causa y fundamento en que sólo corpóreamente, con mis propios ojos, como suele decirse, puedo yo ver. Me resiste asimismo el mundo cuando lo toco, y precisamente porque resiste a mi tactación puedo tocarlo. Me resiste mi propia realidad, en fin, porque nunca me es y nunca me será por completo transparente el «fondo insobornable» (Ortega) de mi propia intimidad; con otras palabras, porque la vieja prescripción oracular «Conócete a ti mismo» es tanto un deber como un imposible. Me modifica el mundo cuando lo siento caliente o frío, cuando mete dentro de mí sonidos y cuando me envía efluvios olorosos o me hace sentir su sabor dulce o amargo; y algo me modifica también desde dentro de mí mismo, cuando desde dentro me siento movido a cambiar de estado. Pues bien: todo esto acontece porque soy corpóreo, y porque siendo corpóreo tengo que estar en el mundo, y porque, por debajo de los diversos modos en que concretamente se realiza mi radical conciencia del «estar en el mundo» –concepto que en los textos de su primer formulador alemán, Heidegger, apenas aparece referido a la condición corpórea de nuestra existencia–, en mi propia corporeidad tiene presupuesto y fundamento.

El hecho primario y radical de estar en el mundo se realiza según tres modos básicos, la conciencia del «aquí», la conciencia del «ahora» y la conciencia de «los otros».

a. *Conciencia del «aquí»*

El cuerpo, realidad cósmica y espacial, me espacializa, y la expresión concreta de mi espacialidad es el hecho ineludible de hallarme yo en un «aquí», respecto del cual las restantes determinaciones espaciales del mundo son el «ahí», el «allí», el «en tal parte» y el «yo no sé donde». En cuanto que vividas, todas ellas sirven de presupuesto y materia a la noción de espacio y a la concepción científica de éste.

Dos modos cardinales pueden ser distinguidos en el «aquí». Por una parte, el «aquí» del espacio extracorpóreo: esta habitación, esta casa, esta ciudad, esta parte de mi planeta o de la galaxia a que mi planeta pertenece. De él me dan noticia mis sentidos y los instrumentos de que mis sentidos puedan servirse; pero sin la referencia de esa noticia a la vivencia de mi propio cuerpo, nada de lo que siento tendría que ver conmigo, y en modo alguno constituiría un «aquí». Sin el real hipotético «aquí» de alguien –que con su condición real o su condición hipotética siempre quedará tácitamente referido a mi vivencia de mi propio cuerpo–, la espacialidad del mundo no sería imaginable, aunque a veces pueda parecernos un concepto abstracto. Frente al «aquí» del espacio extracorpóreo, y complementariamente conexo con él, se halla el «aquí» del espacio intracorpóreo, cuyas más inmediatas experiencias son el esquema corporal de Schilder y la localización somática de los sentimientos relativos al cuerpo propio. Es cierto, sí, páginas atrás hice mención de ello, que puede haber sensaciones vagas, no localizadas en un determinado lugar del cuerpo, y que los sujetos en quienes sólo funciona el hemisferio menor pueden decir «me duele en alguna parte», sin que sean capaces de nombrar ni señalar la parte en cuestión; pero el «aquí» del cuerpo propio, la vivencia primaria de que tal sensación y tal dolor, en tanto que «míos» y «en mí», son en mi cuerpo y no en cualquier otro sitio, ni falta, ni puede faltar. Diré, pues, complementando el aserto anterior: sin el «aquí» de mi cuerpo, sin la primaria y envolvente localización que mi cuerpo ofrece e impone a lo que en él acontece, no sería concebible la existencia de emociones y sentimientos a los que yo pudiera llamar «míos».

b. *Conciencia del «ahora»*

En tanto que realidad cósmica y temporal, el cuerpo me temporaliza, y la concreta expresión de mi temporalidad es el no menos ineludible hecho de hallarme en todo instante en un «ahora», al que por referencia pertenecen las determinaciones de la temporalidad a que damos los nombres de «antes», «después», «en aquel tiempo» y «no sé cuándo». En ellas se basa primariamente la acción del tiempo, y a todas ellas sirve de presupuesto y fundamento mi experiencia del cuerpo propio.

Distinguían los antiguos entre el «movimiento instantáneo» y el «movimiento continuo». Aquél podría darse en las realidades inmateriales, y de él serían ejemplos el paso de la oscuridad a la luz y la súbita intelección de algo que antes no se entendía. Las realidades materiales, en cambio, sólo con movimiento continuo podrían moverse, y así lo hacen los astros, las piedras y los organismos vegetales y animales. Existan o no existan realidades inmateriales y movimientos instantáneos propiamente dichos, la constitutiva condición corpórea del hombre hace que todos sus movimientos sean y tengan que ser continuos, esto es, temporales. La más rápida de las intelecciones y ocurrencias y el más rápido de los reconocimientos son verdaderos procesos, aunque como actos instantáneos sean vividos. Lo cual vale tanto como decir que lo que llamamos «ahora» no es más que una ocasional pretensión de instantaneidad en el curso de un proceso corpóreo: ese con que nuestro cuerpo constantemente va cambiando y nos hace vivir el tiempo.

Como en el caso del «aquí», dos modos cardinales pueden ser distinguidos en el «ahora»: el «ahora» de mi tiempo cósmico y el «ahora» de mi tiempo vital. El «antes» y el «después» de aquél expresan así el sentido fuerte de ambos términos, y son los que señalan los almanaques, los relojes, los ritmos y ciclos orgánicos (sueño y vigilia, día y noche, etc.) y los cambios en la apariencia del mundo, y a la noticia procedente de uno de tales indicadores queda inmediatamente referido el acto de establecerlos. El «antes» y el «después» del tiempo vital se cualifican como «pronto» y «tarde», y su ahoridad, si se me admite tal palabra, consiste en oportunidad, sazón o *kairós* dentro de la biografía de quien los vive. Pero bajo la indudable diferencia cualitativa entre uno y otro, en ambos se expresa la experiencia del cuerpo propio, en tanto qùe realidad cambiante. Recuérdese lo ya dicho acerca de las estructuras psicoorgánicas de carácter signitivo (10).

c. *Conciencia de «los otros»*

Sólo existiendo con los otros, sólo coexistiendo me es posible existir. Tal coexistencia puede realizarse con el hombre o los hombres que están ante mí, hecho existencial tan agudo, pero tan insuficientemente analizado por Sartre, o con hombres que no están ante mí, la coexistencia por modo de ausencia querida o de ausencia sufrida, o con entes posibles a los que nunca se ha conocido y a los que no se puede llamar «hombres», la coexistencia meramente intencional de un hipotético solitario *a nativitate* –porque, como Scheler mostró en su análisis de la existencia solitaria de Robinson, el «vacío terminal» de ciertos actos intencionales, los expresivos, por ejemplo, es en el fondo un coexistir con

(10) El lector a quien interese el problema del tiempo en general, del tiempo biológico y del tiempo humano, vea, entre la muy amplia bibliografía sobre el tema, X. Zubiri, «El concepto descriptivo del tiempo», en *Realitas* II (Madrid, 1976), y J. A. Mainetti, «El tiempo biológico y el hombre», en *Quirón*, 12 (1981), 139-155. Sólo porque es corpórea –psicoorgánica– la realidad del hombre, puede mostrársele el tiempo según las tres dimensiones que Zubiri ha discernido: el tiempo como duración, como futurición y como emplazamiento.

«otros» que no se sabe lo que son ni cómo son. La habitud de coexistir, en suma, es lo que los escolásticos llaman un constitutivo formal de la existencia humana.

Pues bien, todas las formas de la coexistencia, incluidas la que se vive por modo de ausencia y la meramente intencional o robinsoniana, tienen su presupuesto en la vivencia del cuerpo propio. Sólo porque tengo cuerpo y soy mi cuerpo puedo estar acompañado y estar solo. La percepción directa de otros cuerpos dará primer cumplimiento a ese primario momento coexistencial de la vivencia de mi cuerpo propio; pero el carácter coexistencial de mi vida en modo alguno es el mero resultado de una inferencia consecutiva a la experiencia de percibir sensorialmente otros cuerpos.

Tal experiencia otorga su primera parte al cumplimiento del acto coexistencial, cuyo presupuesto, quiero repetirlo, se halla en la vivencia del cuerpo propio. Porque la plenitud de la coexistencia humana, nunca lograda en la soledad o en el robinsonismo, sólo se logra cuando el que ve a otro hombre desarrolla cuanto en el sentir es intelectivo –recuérdese la doctrina zubiriana del sentir y el inteligir–, mediante los actos de conocimiento que le permiten tanto «ver otro cuerpo» como el «estar con tal hombre». Reaparecerá el tema al estudiar la relación entre el médico y el enfermo.

4. La conciencia del poder y del límite

Con otras palabras, la vivencia simultánea de los dos términos del doblete «yo puedo-yo no puedo». En todo momento estoy viviendo en mi interior que yo puedo andar, ver, comer, pensar, y que no puedo ver directamente mi propia boca, ni atravesar las compactas paredes de la estancia en que escribo, ni dar por mí mismo un salto de cinco metros de altura. Hay por otra parte situaciones patológicas en que me parece que todo es posible, que yo «lo puedo todo», así la de ciertos paralíticos generales, o en que yo «no puedo andar», tal la del parapléjico orgánico o histérico. Más aún debe decirse: que toda vivencia normal de un «yo puedo» se halla como esfumadamente envuelta por la oscura, inexpresa vivencia del «yo no puedo» correspondiente a la acción de que se trate («yo puedo subir de un tirón la cuesta que está ante mí; pero ¿a qué velocidad de mi cuerpo ya no me será posible?»), y que no pocas vivencias del «yo no puedo» llevan implícitamente consigo un «yo podría». A la advertencia prejudicativa de tal ambigüedad es a lo que he llamado «conciencia del poder y el límite», y a ella hay que referir la existencia de tres modos cardinales en la vivencia del «yo puedo»:

1.º La conciencia de lo que actualmente me es posible. En este momento y a través de las acciones que como posibles contemplo, por ejemplo, levantarme de la silla en que estoy sentado, yo puedo autorrealizarme, y el mundo exterior se me ofrece como instancia y recurso (Zubiri), por tanto como estímulo y fuente de operación.

2.º La conciencia de mi dificultad actual: puedo hacer algo, pero ese algo me es difícil. Además de ofrecérseme como instancia y recurso, el mundo exterior se me presenta entonces, muy en primer término, como ardua resistencia.

3.º La conciencia de la imposibilidad: por ser yo como soy o simplemente por ser hombre, algo me es imposible. Adquiero así la experiencia de mi límite y de mi constitutiva fragilidad. Por modo inexorable, mi existencia es limitada y frágil, y así lo vivo. De todo lo cual dimana que mi radical vivencia del doblete «yo puedo-yo no puedo» lleve ambivalente y simultáneamente dentro de sí, con predominio mayor o menor de uno de los dos términos, el doblete «esperanza-temor» o, si se quiere, «esperanza-angustia» (11).

Pues bien: todo ello tiene presupuesto y condición en mi experiencia inmediata de mi cuerpo propio. Sin ella –por tanto, sin cuerpo– no habría «yo puedo» y «yo no puedo», ni facilidad o resistencia en la relación con el mundo exterior, ni esperanza o temor ante la efectividad de mi propio poder. No todo en la esperanza y en el temor y la angustia es cuerpo, pero sin cuerpo no habría esperanza, ni temor, ni angustia (12). El cuerpo –mi cuerpo– se manifiesta ahora como conjunto de instrumentos, fuente de impulsos y hacedor de límites; más precisamente, de mi propio límite. De modo simultáneo, el cuerpo vivido vuela y pesa.

5. La conciencia de vivir entre la manifestación y la ocultación

El cuerpo ahora es –me es– carne expresiva. Mediante el habla o el gesto, estando yo junto a otros hombres o en soledad –«en la vida solitaria del alma», dice Husserl de ciertas expresiones, aun cuando nunca sea «el alma» la que está sola–, mi existencia personal se mueve constantemente entre la manifestación y la ocultación. Como el que forman el «yo puedo» y el «yo no puedo», el doblete «yo me manifiesto-yo me oculto» pertenece esencialmente a la experiencia inmediata de mí mismo, y a su realización proveen las estructuras expresivas de que anteriormente hablé.

En tanto que mío, mi propio cuerpo es el que impone o me permite ese permanente juego, pero conviene indicar cómo. Me expresa sin plena y total transparencia, no sólo porque yo quiera en mayor o menor medida ocultarme, también, y aun primariamente, porque la opacidad, cierta última opacidad, es inherente a la vivencia de mi cuerpo. Me oculta asimismo sin plena y total ocultación, aunque éste sea mi principal propósito, porque la tendencia a la manifestación es más radical en mí que la tendencia al velamiento, y por tanto anterior a ella. Escribió Marco Aurelio que el habla nos fue dada para ocultar nuestros pensamientos; y aunque la frase diste mucho de ser una maligna in-

(11) Sobre el problema antropológico de la esperanza, véanse mis libros *La espera y la esperanza* (4.ª ed., Madrid, 1984) y *Antropología de la esperanza* (Madrid, 1978).

(12) Por eso puede darse en ciertas enfermedades una «diselpidia» patológica, un desorden morboso en el ejercicio de enfrentarse con el futuro. Volveré sobre el tema.

geniosidad, lo cierto es que no declara lo que últimamente sea el habla –más ampliamente, la expresión– en la corpórea y viviente existencia del hombre.

6. La conciencia de la apropiación

Entre las varias formas de la realización del «yo puedo», una destaca por su radicalidad: la correspondiente a la fórmula verbal «yo puedo poseer» de la cual es término impletivo el «yo estoy poseyendo». Esto es: la vivencia común a todos los actos de apropiación, básica respecto de todos ellos; vivencia que, como cualquier otra, sólo porque yo soy corpóreo –porque tengo un cuerpo que pertenece a mi ser, a la esencia misma de mi realidad– puede darse en mí. No sólo la posesión prensil del objeto que tengo en mi mano, también las variedades modales de la apropiación que llamé intelectiva y sentimental, en el cuerpo tienen su presupuesto, y esto es lo que nos hace patente la experiencia íntima de él.

En tanto que mío –es decir: en tanto que «intracuerpo», «cuerpo-para mí», «cuerpo fenoménico» o «instalación corporal de mi vida»–, mi cuerpo pertenece a mi realidad dándome conciencia de mí existir, de mi nudo estar, de mi estar en el mundo, de los dobletes poder-limitación y manifestación-ocultación, de mi realización personal en actos de apropiación íntima. Mi cuerpo se me revela así como conjunto de instrumentos, fuente de impulsos y de sentimientos, carne expresiva, motor de expansión y vuelo, causa de límite y peso. Se trata ahora de ver si es posible una teoría del cuerpo humano que englobe y unifique lo que él es como objeto y lo que es como experiencia íntima.

III. HACIA UNA TEORIA INTEGRAL DEL CUERPO HUMANO

Si es cierto lo que acerca del «conductismo comprensivo» quedó dicho, la visión objetivante y la visión fenoménica del cuerpo humano pueden o deben ser unificadas, porque una y otra se coimplican, más aún, se exigen mutuamente. Veámoslo.

1. Coimplicación

Si mi deseo de saber es serio y consecuente, la consideración objetivante del cuerpo –la morfología y la fisiología tradicionales, la psicología experimental wundtiana o pavloviana, el conductismo watsoniano, la sociología de cuño cientificonatural– llevará de alguna manera consigo, proyectado desde mí mismo e inferido comprensivamente en el conocimiento del cuerpo viviente ajeno, algo de mi experiencia fenoménica o subjetiva acerca de mi cuerpo propio. Una exigente doctrina científica de la cenestesia o del esquema corporal, una descripción mínimamente acabada de la conducta humana –sépalo o no lo sepa

el descriptor, dígalo o no lo diga–, necesariamente incluirán una parte de la experiencia que éste tiene de sí mismo, y por tanto de su propio cuerpo. Examine atentamente el lector cualquier estudio ambicioso del comportamiento humano, y vea si no pueden ser en él discernidas las tres siguientes fuentes de información: la observación científica de la conducta de los demás, los resultados de la experimentación neurofisiológica, es decir, la extrapolación a la antropología de los datos obtenidos observando la conducta animal e investigando su génesis, y, acaso entre líneas, lo que el autor sabe de su propia conducta y ha aprendido comprendiendo de hecho –comprendiendo, no sólo explicando– la conducta de los demás.

Del mismo modo, el análisis riguroso de la experiencia fenoménica del cuerpo propio llevará dentro de sí –o deberá llevar– algo de lo que al autor le han enseñado los libros sobre el cuerpo humano que durante su formación aprendió. No es imaginable un fenomenólogo adánico respecto de lo que la experiencia objetiva y la ciencia natural le hayan enseñado acerca del mundo y del hombre, y asépticamente atenido, en consecuencia, no más que al fenómeno de su propia conciencia. Más aún cuando ese fenómeno, como el asco, el dolor físico o la percepción sensorial, directamente se refiera a algo que acontece en el cuerpo y a causa del cuerpo.

2. Complementación

La ciencia objetivante del cuerpo ajeno y el saber subjetivo acerca del cuerpo propio de alguna manera son –deben ser– entre sí complementarios, y con arreglo a esta regla opera, aunque no se haga cuestión de ello, la varia investigación antropológica actual.

El filósofo y el psicólogo del cuerpo humano se sienten obligados a hacerse, entre otras, las interrogaciones siguientes: ¿cómo tiene que estar constituida la realidad de mi cuerpo para que mi íntima experiencia de él sea la que realmente es?; y por consiguiente: ¿cuál es la neurofisiología de la actividad consciente, de la espacialidad, la temporalidad y la expresividad de mi existencia, de la génesis de mis sentimientos, de mis actos de decisión, de mis motivaciones, etc.? Tales son varios de los temas que se echan de menos en Husserl, Heidegger, Sartre y Marcel, que empezaron a aparecer en la inacabada obra de Merleau-Ponty y que, como médico que su autor es, claramente apuntan en los estudios de J. A. Mainetti.

Por su parte, el neurofisiólogo actual trata de completar su saber propio preguntándose: ¿cómo tiene que estar constituida la realidad del hombre para que, siendo como son la anatomía y la fisiología de su cerebro, las peculiaridades de sus increciones, etc., tan esencialmente pertenezca a su vida la apercepción de sí mismo que describen los filósofos y los psicólogos? Con mayor o menor explicitud en la formulación de esta pregunta, así proceden hoy Pribram, Smythies, Eccles, Barraquer-Bordas y tantos autores más. El hecho de que el hombre pueda ser contemplador objetivante de su propio cuerpo –la

compleja experiencia del que mira y toca sus propias manos o ve en un espejo la imagen viva de su rostro– debería ser suficiente para que se produjera esa complementaria aproximación entre los sabios del laboratorio y los sabios de la meditación.

3. La radical opacidad del cuerpo

Me es últimamente opaco el cuerpo de los demás hombres, porque nunca puede serme del todo transparente la expresividad con que se abre hacia mí; tanto, que sólo por vía de creencia –«Creo que es real y verdaderamente amistosa la sonrisa con que me recibes, y por esto trato contigo como efectivamente trato»– puedo yo establecer con ellos una relación humana mínimamente satisfactoria. Me es últimamente opaco mi propio cuerpo, porque mi vivencia de él, y por consiguiente el conocimiento y la capacidad de utilización que de mí mismo logro, siempre lleva en sí un resto radicalmente incomprensible; baste pensar no sólo en la experiencia de la fatiga y el dolor, también en la del bienestar y el gozo.

Diversamente nombrada o aludida por los analistas de la existencia humana, esa opacidad, doble en su apariencia, una en su realidad, hace descubrir un profundo enigma en el seno de lo que la ciencia y la filosofía nos dicen acerca de ella, en tanto que existencia constitutivamente encarnada. «Noche del mundo», le llamó el Hegel joven en un texto estremecedor: cuando uno mira los ojos de otro hombre –escribe Hegel– «su mirada se sumerge en una noche terrible; es la noche del mundo lo que entonces se presenta ante nosotros». A la fusión personal de la naturaleza y la libertad, que en eso consiste el fondo de la realidad humana, es a lo que en mi opinión esas palabras aluden, y tal es el enigma de que la doble opacidad del cuerpo se hace signo. Enigma al cual, como Marcel y Mainetti proponen, seguramente procede llamar, en la plenitud semántica del término, misterio.

4. Una vía hacia la teoría integral del cuerpo humano

En su breve estudio «El hombre y su cuerpo» –título en el cual podría verse una réplica y una rectificación *avant la lettre* al que lleva el libro de Popper y Eccles: *El yo y su cerebro*–, X. Zubiri ha discernido en el cuerpo tres funciones principales, cada una de las cuales presupone la anterior y se apoya en ella: la función organizadora, la función configuradora y la función somática.

Según la *función organizadora*, el cuerpo actúa como organismo; esto es, como conjunto de los actos y procesos fisiológicos –mecánicos, térmicos, bioquímicos, eléctricos; metabólicos, neurales, endocrinos– que, en unidad funcional con los actos y procesos de orden psíquico –percepciones, sentimientos, emociones, recuerdos, pensamientos, voliciones, etc.–, dan lugar a que el sistema de ellos posea la propiedad que desde hace tiempo llamamos «unidad fun-

cional». Ejecutando esta función, el sistema psicoorgánico que somos queda idóneamente «organizado».

Apoyada en la función organizadora, la *función configuradora* hace que el organismo tenga figura y estructura a un tiempo estáticas y dinámicas. A través de los más diversos procesos biológicos (crecimiento, adaptación, involución) y de las situaciones vitales más dispares (vigilia, sueño, estrés, reposo, etc.), una y otra se mantienen relativamente constantes, tanto desde el punto de vista de la especificidad como desde el punto de vista de la individualidad.

Con el ejercicio de las dos anteriores como presupuesto, la *función somática*, en fin, hace que el organismo configurado se haga formalmente «cuerpo», «soma», en el pleno sentido helénico de esta palabra: fundamento material de la activa y sucesiva presencia del sistema psicoorgánico en el mundo y en la realidad. Con otras palabras, que ese organismo pueda ser y sea agente y paciente de las acciones vitales con que el hombre se constituye en actor-espectador y en autor-intérprete de su propia vida; que, en definitiva, otorgue consistencia mundanal y material a su plena realización como persona.

No podría ser adecuadamente entendida y descrita esta función somática sin tener en cuenta tanto el contenido y la estructura de las funciones organizadora y configuradora, a las que por definición asume, como todo lo que la fenomenología del cuerpo propio nos ha enseñado. Por esto dije que el esquema de Zubiri puede ser una buena pauta para la acabada construcción de una teoría integral del cuerpo humano, y así nos lo hará ver más adelante su aplicación al tratamiento de varios problemas de la antropología médica.

¿Qué es, pues, el cuerpo humano? Trasladando a nuestro tema la noción matemática de «lugar geométrico», esta fórmula propongo: el cuerpo humano es el lugar morfológico-funcional de todas las estructuras psicoorgánicas –operativas, impulsivas, signitivas, cognitivas, expresivas, pretensivas y posesivas– que integran la realidad del hombre; por lo cual objetiva y subjetivamente se nos manifiesta como conjunto de instrumentos, fuente de impulsos, causa de sentimientos, carne expresiva, apariencia simbólica y hacedor de mundo, límite y peso. Así nos lo harán ver, creo, las páginas subsiguientes.

CAPITULO 4

La intimidad del hombre

Como el cuerpo del hombre es el lugar morfológico-funcional de sus estructuras psicoorgánicas, la intimidad es el modo en que la operación de esas estructuras se le revela al hombre –a cada hombre– como personal y propia, como real y verdaderamente «suya». Partiendo de nuestra existencia cotidiana y de los comunes usos del lenguaje, indaguemos el sentido y la estructura de esta concisa fórmula.

Vivimos cotidianamente tratando con otros hombres. Hombres presentes, en los duros o rutinarios momentos de nuestra vida negociosa y en los momentos gratos e ingratos de nuestra vida amistosa y familiar. Hombres ausentes y hombres del pasado, en nuestras lecturas históricas y recreativas, comenzando por la que todas las mañanas nos deparan –o nos disparan– las páginas del diario. Hombres del futuro, si por una razón o por otra esperamos a una persona que ha de llegar y acaso no llegue. Cuando no dormimos sin soñar, buena parte de nuestra vida consiste en tratar con otros hombres. Hasta en el caso de los filósofos que quieren recluirse y vivir –como si esto fuese posible– en metafísica soledad.

Bien. Pero ¿cómo tratamos con ellos? La mayor parte de las veces, y así tiene que ser, sin preocuparnos de lo que esos hombres real y verdaderamente son, y atenidos tan sólo a lo que en relación con nosotros pueden hacer y hacen: vender un libro, servir un almuerzo, despachar una diligencia administrativa, pronunciar una frase trivial, docta o ingeniosa. Hay ocasiones, sin embargo, en que nos interesa o acaso nos apasiona saber qué son y cómo son en verdad las personas a quienes tratamos. No sólo en su figura y en su atuendo, también en ese secreto dominio interior de su realidad de que proceden sus palabras, sus gestos y sus acciones, y hacia el que entonces tratan de llegar, salvo excepciones, nuestras acciones, nuestras palabras y nuestros gestos. Más breve y directamente, en su intimidad. Pues bien: ¿qué es la intimidad del hombre que trato y cómo puedo conocerla, si por ventura es posible tal conocimiento?

Mi vida personal, o lo que así suelo llamar, consiste por otra parte en hacer mil y mil cosas sin que yo, al hacerlas, me detenga a pensar lo que real y verdaderamente soy: leer un periódico o una novela, ver una película o un partido de fútbol, pronunciar o escuchar una lección, conversar con amigos. Hay momentos, sin embargo, en que, aliada a tal o cual vicisitud de mi vida, la soledad me incita o me fuerza a volver mi mirada sobre mí mismo y a escudriñar quién soy, qué soy y cómo soy; a conocer por mí mismo mi propia intimidad. Pues bien: ¿qué es la intimidad del hombre que soy yo y cómo puedo lograr un conocimiento cierto de ella?

Pienso que las diversas respuestas tópicas a las dos interrogaciones precedentes pueden ser ordenadas según las tres principales metáforas a que los hombres han solido recurrir para describir o para nombrar su intimidad propia: una metáfora espacial o arquitectural, otra vital y dinámica y otra jurídico-moral.

La intimidad personal ha sido a veces concebida como un *recinto*, como el más secreto y escondido recinto de nuestra vida anímica. Ciertas metáforas de San Agustín en sus *Confesiones*, la idea teresiana de las sucesivas «moradas» que pueden ser distinguidas en el alma, la «interior bodega» y el «hondón del alma» de San Juan de la Cruz, son otras tantas expresiones de esa visión espacial y arquitectural de la intimidad. Esta sería la cámara que alberga lo más recoleto y escondido de cada uno de nosotros.

Otras veces, la intimidad ha sido vista como un *surtidor*, como un punto a la vez central y profundo de nuestra conciencia –y de nuestra subconsciencia–del cual brotasen y en el cual se ejecutasen nuestras acciones más personales: el centro emergente de nuestra vida en acto. «De mi alma en el más profundo centro», dice el mismo San Juan de la Cruz en su *Llama de amor viva*. «Surgió en mí –en mi intimidad– la idea de...» es expresión del habla coloquial. Y la concepción de la persona como «centro de actos» que Max Scheler propuso, forma filosófica de esta segunda metáfora de la intimidad viene a ser (1).

Una tercera debe ser añadida. Cuando los hispanohablantes mencionamos nuestro «fuero interno» y cuando Kant piensa que lo más radical de la persona humana es ser *homo noumenon* y sujeto de actos morales, Kant y nosotros confesamos una concepción jurídico-moral de la intimidad. «Fuero interno» es el ámbito de la vida en que al hombre le es dado existir *sui iuris*, conforme a su propio derecho, según su propio «fuero»: el ámbito de la acción en el cual él es verdaderamente libre, y por tanto últimamente responsable. En este «fuero interno» consiste asimismo lo más propio del *homo noumenon* kantiano.

Recinto secreto del alma, surtidor de la vida más genuinamente personal, ámbito de libertad y centro de imputación de los actos morales. Sí, todo esto es

(1) Ya en sus más juveniles escritos Ortega había corregido y radicalizado la concepción scheleriana de la intimidad, entendiendo ésta –al margen de toda metáfora– como la conciencia del carácter ejecutivo de los actos personales. Más allá de la intimidad *sensu stricto* está para Ortega, recuérdese, el «fondo insobornable» de la persona. Véase J. Marías, *Ortega. Circunstancia y vocación* (2.ª ed., Madrid, 1983), 382-396, y *Ortega. Las trayectorias* (Madrid, 1983), 267-314. Especialmente importantes son a este respecto las ideas orteguianas de «soledad como sustancia» e «intimidad consigo y con las cosas».

la intimidad. Pero acaso sea más radical otra visión, y por consiguiente otra concepción de la vida íntima. Acaso sea preferible ver primariamente la intimidad, no como un recinto, un surtidor o un fuero interno, sino, zubirianamente, como *el modo de ser de los actos psicoorgánicos en el cual y con el cual mi vida se me hace real y verdaderamente propia.* O, con otras palabras, como el peculiar modo de ser y el sucesivo conjunto de los actos en los que y con los que mi vida llega a ser real y verdaderamente «mía».

Hay actos psíquicos, en efecto, que ocurren en mí, más aún, que son ejecutados por mí, pero a los que yo no considero enteramente míos, bien por desagrado, bien por indiferencia. Pertenecen a la zona de mi vida anímica que más de una vez he llamado yo «esfera de *lo-en-mí*». Recordemos la respuesta-pregunta de Cristo a su madre en las bodas de Caná: «Mujer, ¿qué nos va en ello a ti y a mí?». Con indiferencia y apartamiento unas veces, como desagrado y rechazo otras, no son pocas las ocasiones en que, ante un evento que nos sucede y ha llegado a penetrar en nuestra vida interior, todos nos decimos algo semejante. Lo que nos mueve a esa actitud no es considerado por nosotros como real y verdaderamente nuestro, aunque de hecho acontezca en nosotros.

Frente a tales actos –si se quiere, dentro de tales actos– hállanse los que yo considero enteramente míos o propios, y ellos son los que constituyen la «esfera de *lo-mío*»: mis creencias y mis dudas, mis saberes y mis ignorancias, mis creaciones y mis copias, mis amores y mis odios, mis esperanzas y mis desesperaciones, mis gozos y mis tristezas. Son los actos y hábitos en que va mi propia identidad, mi propio ser, aquellos sin los cuales yo no podría sentirme «yo mismo», ni hablar de «mí mismo».

Nuestro problema, por tanto, es: ¿cómo tiene que estar constituida mi realidad para que en ella pueda haber y haya efectivamente *lo mío*? Además de ser animal bipedestante, locuente, pensante e instrumentífico, es decir, además de poseer las notas y propiedades con que desde fuera de mí suele ser descrita mi naturaleza y describo yo la naturaleza de los demás hombres, ¿qué soy yo y cómo soy yo para que una parte de la percepción de esa naturaleza sea vivida en mi interior como personalmente «mía»? La respuesta a estas interrogaciones debe ser, si se me admite utilizar como modelo el título del famoso libro de Robert Burton, una «anatomía de la intimidad». Intentaré diseñarlo con el requerido método.

Para que de hecho acontezca un acto personal de apropiación y yo viva como mío lo que de él resulte, es necesaria la cooperación de dos series de instancias, una relativa a los hábitos que constituyen mi ser íntimo, y tocante la otra a los modos y las vías de la relación entre mi realidad, esa que por apropiada yo considero mía, y *la* realidad que posee todo lo que para mí es real.

I. HABITOS DE LA PERSONA QUE HACEN *POSIBLE LA APROPIACION*

Tres me parecen principales: la idea de sí mismo, la libertad y la vocación.

1. La idea de sí mismo

Para que yo pueda tener como «míos» el curso y el resultado de un acto psíquico, es preciso que yo disponga en mí mismo de un centro de apropiación (algo a lo cual yo pueda asimilar e incorporar eso a que voy a llamar «mío») y de un criterio vivencial o existencial acerca de ese carácter de «mío» o «meidad» que posee lo asimilado e incorporado (algo que mediante un saber prerracional y prediscursivo me permita afirmar que ese acto psíquico y su resultado me pertenecen en propiedad). Con otras palabras: que yo, en cuanto que también hacia dentro de mí soy inteligencia sentiente y sentir inteligente, de alguna manera y en alguna medida sepa quién soy yo, qué soy yo y cómo soy yo. Tal es la función que en la íntima realidad de cada cual cumple la *idea de sí mismo.*

Vaga y confusa en la infancia, eruptiva y hasta dramática en la adolescencia y la primera juventud, tácita o expresa en la madurez, desde su infancia existe en el hombre la idea de sí mismo. Acertando o equivocándonos, todos sabemos, en efecto, qué nos gusta de veras y qué de veras no nos gusta, a quiénes admiramos, envidiamos o despreciamos, en qué creemos, en qué no creemos y de qué dudamos, qué y a quiénes amamos u odiamos, qué esperamos y qué, en el fondo, no sabemos o no podemos esperar, cuáles son nuestros talentos y nuestras limitaciones, por qué causas somos capaces de sufrir, o si no somos capaces de sufrir por ninguna causa. Con esta idea –compleja siempre, como hace ver cierto sutil análisis del médico y humorista Oliver Wendell Holmes: en todo Tomás hay tres Tomases, el Tomás que él cree ser, el que los demás creen que es y el que realmente es y sólo Dios conoce; y aún podría añadirse un cuarto Tomás: el que él piensa que los demás creen que es–, con esta idea, digo, todo hombre va por el mundo siendo actor de sí mismo, tomando o rechazando del mundo algo de lo que éste le brinda y, en la medida en que puede, haciéndose personalmente a sí mismo, siendo él lo que nadie es o como nadie parece ser.

Desde cuatro principales puntos de vista puede ser considerada la idea de sí mismo, el metafísico, el psicológico, el neurofisiológico y el sociológico. ¿Cómo tiene que estar constituida la realidad del hombre –la concreción humana de la realidad en general– para que ella pueda ser un «yo» de alguna manera consciente de sí mismo? Una teoría metafísica de la autoconciencia será la respuesta a esta interrogación. Porque en el seno mismo de la realidad autoconsciente de un hombre que está diciendo «yo» –«yo estoy leyendo, o paseando, o mirando un paisaje»– late siempre, explícita o implícita, la idea de sí mismo. Así constituida, la idea de sí mismo puede ser psicológicamente analizada. Una descripción fenoménica y causal de lo que son el autoconocimiento, sus modos y sus grados y un esquema de su total estructura –qué es en ella consciente y qué subconsciente: instancias de la represión psíquica, ideal del yo, etc.– serán el resultado de ese análisis. Por su parte, la neurofisiología y la neuropatología actuales han empezado a conocer con cierta precisión el momento orgánico, neural, de la idea de sí mismo. Recuérdese lo dicho al estudiar

las estructuras signitivas de nuestra realidad. De ella cabe, en fin, un examen sociológico: cómo de modo general se expresa en la vida social –dicho de otra manera, cómo ella es un componente esencial del *homo socialis*– y cuáles son los principales modos con que se manifiesta, según el rol y el *status* del individuo y el grupo social a que éste pertenezca.

Ceñida la mirada al punto de vista psicológico, éstas parecen ser las principales líneas de la exploración y los resultados principales del análisis: 1.ª La idea de sí mismo puede ser clara o turbia. Clara la tuvieron las máximas figuras del género literario confesional, San Agustín, Rousseau, Goethe, Amiel, y clarísima Don Quijote, cuando pronunció su famoso «Yo sé quien soy». Turbia la tienen tantos y tantos hombres que, procediendo según ella, porque constitutivamente pertenece ella a la realidad humana, en modo alguno son capaces de vivirla y expresarla con claridad. 2.ª Puede asimismo ser directa o interpretativa. Es directa cuando el que la describe lo hace con expresiones inmediatamente procedentes de su modo de vivirla: «Yo sé –o yo creo– que soy así». Es interpretativa, en cambio, cuando su titular actúa como «novelista de sí mismo» o cuando hace «teatro para sí mismo»; posibilidades ambas bastante más frecuentes de lo que se piensa. 3.ª Puede ser certera o errónea. Por puro desconocimiento, por autocomplacencia o por autodetracción, errónea es con frecuencia la idea de sí mismo, sobre todo cuando su titular la declara a los demás. Pero por debajo de lo que a tal respecto digamos creer o pensar, casi siempre late en nosotros un hondo sentimiento de lo que real y verdaderamente somos. Algo suele hacer del vanidoso un simulador, hasta cuando más sinceramente –más vanamente– parece sentir su vanidad. 4.ª La idea de sí mismo, en fin, es a la vez *consciente e inconsciente*. Amplias zonas de la vida subyacente a la conciencia, en parte genéricamente humanas, procedentes en parte del pasado biográfico del sujeto, condicionan su contenido y sin cesar están operando en ella.

«Conócete a ti mismo», se viene diciendo en Occidente, primero en griego y en latín, luego en todas las lenguas, desde los orígenes de la Antigüedad clásica. Esto es: «Ten una idea de ti mismo que corresponda a lo que realmente eres». ¿Es posible cumplir acabadamente esta regla? No lo creo. Un escollo psicológico y social, el autoengaño, y otro antropológico, la opacidad última de nuestra realidad a que más de una vez me he referido, pondrán siempre un hiato entre el Tomás que él cree ser y el Tomás que es y sólo Dios conoce.

2. La libertad

Para que yo pueda tener como «míos» el curso y el resultado de un acto psíquico, es preciso que ese acto no me sea impuesto –salvo que yo termine aceptando resignadamente la imposición–; es decir, que de un modo u otro sea libre. La *libertad*, el hábito y el ejercicio de la libertad, es condición inexcusable para que se produzca y exista una vida psíquica real y verdaderamente apropiada. ¿Cuándo, por ejemplo, hace el hombre «suyo» el cumplimiento de

una ley que se le ha prescrito? Platón dio para siempre la respuesta: cuando el preámbulo de esa ley, «exposición de motivos» suele llamársele, le persuada íntimamente de que es justa, y por tanto de que, allá en el fondo insobornable de su persona, libremente debe él hacerla «suya». Mil formas distintas puede adoptar esta elemental regla platónica.

Desde Kant nos enseñan los filósofos que la libertad del hombre puede y debe ser «de» y «para»: libertad «de» todos los obstáculos externos e internos que impidan o dificulten ser efectivamente libre; libertad «para» moverse hacia las metas cuyo logro uno se haya propuesto. Libertad «de» la naturaleza, «desde» la situación y «para» ser lo que se quiere ser, precisa Zubiri. Pues bien: concebido el acto libre según su momento «para», por tanto en su integridad, cuatro me parecen ser los modos cardinales de la libertad:

1.° La libertad de opción o de preferencia, la *facultas electiva* de que habla la definición clásica. Yo soy libre eligiendo entre moverme o no moverme, entre comer o no comer, entre leer tal libro o tal otro.

2.° La libertad de aceptación o de rechazo. Yo actúo libremente cuando ante la presión de un determinado uso social o bajo la sugestión de tal o cual ofrecimiento, por mí mismo puedo aceptarlos o rechazarlos. «Animal capaz de decir no ante los estímulos» llamó Scheler al hombre; y «capaz también de decir sí ante ellos», habría que añadir, cuando ese «sí» sea el término de un acto de decisión.

3.° La libertad de imaginación y creación. La opción puede adoptar a veces un modo muy singular: cuando el sujeto decide ser libre no optando entre las diversas posibilidades que se le ofrecen, sino saliendo del trance mediante la invención de una posibilidad nueva: idear un artefacto inédito, resolver de manera original un problema matemático, crear un concepto filosófico, escribir o pintar con estilo personal, y no según alguno de los que la tradición ofrezca. La creación es consecuencia, pues, de un supremo acto de libertad y pone al creador ante otro acto libre ulterior y distinto: aceptar como propia la obra creada o renegar tajantemente de ella y del acto que a ella condujo. Quemando sus versos juveniles, Virgilio quiso libremente demostrar y demostrarse que no los quería tener por suyos, que deseaba darlos por no escritos.

4.° La libertad de ofrecimiento y donación. Ofreciendo y donando amorosamente lo «mío» –a una persona determinada, a una causa, a la humanidad entera, a Dios– yo actúo libremente y afirmo mi propia realidad apropiándome lo que ofrezco por una vía muy sutil, y a veces sublime: la vía de la generosidad, la abnegación o el sacrificio. Porque de manera muy sutil y sublimada sigue siendo nuestro lo que amorosamente ofrecemos y damos.

Prefiriendo, aceptando, creando y ofreciendo, yo hago mi vida en tanto que mía, me la apropio en mi intimidad, aunque jurídicamente yo sea siervo o esclavo. No sólo soy agente y paciente de ella, soy también su actor y –esto es lo decisivo– su autor. En la medida, claro está, en que el hombre puede ser autor de sí mismo.

3. La vocación

Para que yo pueda, en fin, tener como «míos» el curso y el resultado de un acto psíquico, es asimismo preciso que de algún modo pertenezca ese acto al ámbito de lo que yo me siento llamado a ser, a mi *vocación*. Porque, cuando me examino a mí mismo en mi intimidad, además de saber quién soy yo, qué soy yo y cómo soy yo, yo sé qué es lo que debo ser y hacer para ser real y verdaderamente yo. Con las salvedades, por supuesto, que respecto del cabal cumplimiento del «Conócete a ti mismo» antes quedaron hechas.

Para que un acto psíquico sea «mío», ¿es necesario que pertenezca al campo de mi vocación? ¿Sólo puede ser íntimamente «mío» aquello para lo cual yo estoy vocado? ¿Acaso no ejecuto diariamente como muy «míos» actos poco o nada vocacionales? Para responder con alguna precisión a estas leves interrogaciones, varias salvedades deben ser hechas.

La primera concierne a la común manera de entender la palabra «vocación». Suele empleársela, en efecto, para designar la interior llamada hacia el ejercicio de una determinada actividad: vocación para el sacerdocio o para la milicia, vocación de matemático, de pintor o de médico; mas procediendo así se olvida que como fundamento de todas las posibles vocaciones particulares hay otra previa y general, la *vocación de hombre*, consistente en la libre aceptación de la condición humana, con todas las consecuencias que esa aceptación lleva consigo. El hombre no sólo es hombre por naturaleza, también lo es por vocación, y esta vocación de hombre es la más radical y básica de todas las humanas. Para ejemplificar los dos sentidos que puede poseer el ablativo *voluntate* –ser mera concomitancia o ser principio de operación–, Tomás de Aquino usa una vez esta expresión: *ego sum homo mea voluntate* (*Summa Theol.* I, q.41, a.2); y con ella enseña que, hablando sinceramente así, el hombre es hombre por su voluntad –por ejemplo: no suicidándose, aceptando las limitaciones y los usos propios de la condición humana, etc.–, y no sólo por su naturaleza. «Aunque la vocación es siempre individual, se compone de no pocos elementos genéricos», advirtió lúcidamente Ortega. Pues bien, yo propongo dar un paso más y afirmar que el fundamento real de todos esos «ingredientes genéricos» de cada vocación individual es pura y simplemente la condición humana de quien como suya la vive (2). Para mí, toda vocación personal auténtica es la especificación, la tipificación y, en último extremo, la personalización de una genérica y fundamental vocación de hombre.

Debe también tenerse en cuenta que una misma persona puede sentir y vivir en sí misma más de una vocación, sin mengua de la respectiva autenticidad de todas ellas. Con muy buenas razones habló Marañón de la posibilidad de

(2) «A diferencia de los demás seres del universo –escribe Ortega en *El hombre y la gente*–, el hombre no es nunca seguramente *hombre*, sino que *ser hombre* significa, precisamente, estar siempre a punto de no serlo, ser viviente problema, absoluta y azarosa aventura.» El suicidio y el «deshombrecimiento», feliz término de la prosa quevedesca, son la consecuencia de no querer cumplir la radical «vocación de hombre». Un dístico de Goethe dice así: «El la llama razón, mas tan sólo la emplea–para ser más bestial que cualquier bestia sea». Para Goethe, el deshombrecimiento quevedesco equivale a hiperbestialización. No pocos sucesos de la historia reciente están confirmándolo.

una «segunda vocación». Pero no dos, sino varias, y a veces no fácilmente compatibles entre sí, puede sentir un alma; por ejemplo, las de médico, escritor, moralista, historiador, español, hombre de su tiempo y padre de familia, para no salir de las que el propio Marañón sintió dentro de sí y tan egregiamente supo realizar en su vida.

Es preciso no olvidar, en fin, que esa no fácil compatibilidad entre las distintas vocaciones de un mismo hombre puede hacerse verdadera contradicción. Tal es una de las principales razones del drama patente o latente que es la vida humana. «Dos almas, ay, habitan en mi pecho», exclama su protagonista en un conocido verso del *Fausto*; «Yo no soy un libro hecho con reflexión, yo soy un hombre con su contradicción», reza el dístico germano antes transcrito; y desde hace siglos vienen repitiendo los moralistas el *video meliora, proboque, deteriora sequor.*

La mayoría de nosotros, casi todos podríamos hacer nuestras esas tres sentencias. Lo cual demuestra que junto a las vocaciones «nobles» o «perfectivas» –ser dignamente hombre, ser entregadamente matemático, filósofo o poeta–, en virtud de querencia ingénita o como consecuencia de razones biográficas hay a veces en nosotros, bien de manera constante, bien de modo esporádico o recurrente, vocaciones «innobles» o «defectivas», y también ellas pueden ser cauce de apropiación íntima. Como muy suya vivió Nerón, estoy seguro, la provocación del incendio de Roma, y para afirmarse a sí mismo social e íntimamente iba cometiendo Don Juan sus conocidas tropelías.

No pretendo con lo que antecede enunciar todos los motivos de reflexión que el tema de la vocación suscita: vocación y vocante (¿qué, quién me llama a ser cuando me siento vocado a algo?), vocación y condición humana (¿qué clase de realidad es la nuestra, que desde su mismo fondo necesita ser llamada a ser algo para ser auténticamente?), vocación y felicidad (¿por qué y cómo es la vocación el camino más corto hacia la felicidad?), vocación y constitución (¿qué ponen la constitución psicoorgánica y la aptitud en el nacimiento de las distintas vocaciones?), vocación y educación (¿en qué medida y de qué modo la educación puede ayudar a que una vocación nazca y se consolide?) Tantos más. Basta lo dicho, sin embargo, para lo que ahora me proponía: mostrar que la vocación, ingrediente constitutivo de la intimidad humana, es la vía regia para que los actos psíquicos y los resultados de ellos puedan ser íntimamente vividos como «propios», sean efectivamente «apropiados» por la persona que los ejecuta.

II. «MI» REALIDAD Y «LA» REALIDAD

Mi idea de mí mismo, mi libertad y mi vocación hacen que sean íntimos, y por tanto real y verdaderamente «míos», los actos que yo ejecuto. Ellos y sus resultados son, pues, mi más auténtica realidad; tanto, que sólo desde la secreta realidad que me otorgan puedo sentir como «realmente mía» la de mi cuerpo. Mi cuerpo me hace y se me hace real en cuanto que en mi intimidad siento

que yo soy mi cuerpo. De otro modo, éste sería algo semejante a un cadáver manejable o el resultado ideal de como tal cadáver imaginarlo.

Ahora bien: esa realidad personal que posee mi intimidad, ¿de qué modo es para mí, genéricamente, realidad? ¿Qué relación existe entre «mi» realidad y «la» realidad, para que –en la medida que sea– tenga yo la certidumbre de no ser en mi fuero interno una etérea creación de mi autosentir y mi autopensar? ¿Cómo puedo yo afirmar que, viviendo en mí lo mío, vivo también en la realidad? En mi experiencia del mundo y de mí mismo, ¿cómo paso de la «impresión de realidad» a la «convicción de realidad»?

A mi modo de ver, mediante tres recursos principales: la creencia, el amor y la esperanza. Examinémoslos uno a uno.

1. La creencia

Llamamos *creencia* a la aceptación prerracional y transracional de que es totalmente real aquello que vemos y una parte de aquello que sentimos y en que pensamos, y de que lo será –si llega a cumplirse– aquello que esperamos. En nuestro caso, la íntima aceptación de que son ciertamente reales, no imaginarios o hipotéticos, los resultados derivados de los actos psíquicos que yo considero «míos».

La creencia es, en efecto, el momento último y decisivo de aquella *fonction du réel* que para describir la vida anímica de los psicasténicos hace tantos años describió Pierre Janet. El físico teórico puede estar muy cierto de la corrección y la adecuación de sus cálculos; mas para estar seguro de que éstos no son *aegri somnia* o simples construcciones de su mente, necesita creer –saber creyentemente– que hay un mundo real al que tales cálculos podrán ser convincentemente aplicados. Otro tanto sucede cuando damos por real y verdaderamente reales, valga la redundancia, las cosas que diariamente vemos y tocamos; porque lo que entonces sucede en nosotros es que creemos que la opacidad y la dureza del muro que nuestros ojos ven y nuestras manos tocan no son arbitrarias creaciones de nuestra sensibilidad. Cuidado: no se trata de una gnoseología fideísta. La experiencia y la razón son, por supuesto, condición necesaria para la formación de nuestro juicio de realidad. Pero la primaria «impresión de realidad» que otorga al hombre su relación sensorial con el mundo (Zubiri) no podría convertirse en plena «convicción de realidad» sin creer que efectivamente es real lo que impresiona nuestros sentidos.

Otro tanto sucede, a mi entender, con los contenidos de nuestra intimidad. Esos contenidos son para nosotros reales y no meramente imaginarios, porque creemos –sabemos experiencial y creyentemente– que expresan nuestra propia realidad y la realidad del mundo en que vivimos. Mi íntimo disgusto por la mala conducta de alguien que yo consideraba amigo es real porque sé y creo que es real mi propio sentimiento y porque sé y creo que son reales la intención y la conducta que me ha disgustado; y lo mismo, *mutatis mutandis*, el íntimo deleite de contemplar uno de mis cuadros preferidos, el íntimo gozo de

asistir al triunfo de un hijo y todos los posibles contenidos de mi intimidad. La creencia es siempre lo que vincula «mi» realidad con «la» realidad.

Páginas atrás aludí a la abundante bibliografía sobre la creencia que desde Kant hasta Ortega ha venido acumulándose. No es éste lugar idóneo para glosarla (3). El propósito de este libro hace suficiente, pienso, lo que tan sumariamente acabo de exponer.

2. El amor

Llamamos genéricamente *amor* a nuestra vinculación personal con una parcela de la realidad –otra persona, un animal, una cosa, un país, una institución, etc.–, íntimamente movidos por la intención de procurar su bien y su perfección y por la convicción de que, conseguidos ese bien y esa perfección, serán vividos por nosotros como si fuesen nuestros. Pues bien: la relación existente entre el amante y lo amado, que nace de la realidad y en ella se fundamenta, garantiza y refuerza nuestra convicción de ser efectivamente real la cosa amada.

Desde Aristóteles hasta Einstein se nos viene enseñando que sin cierto previo amor al cosmos no habría ciencia del cosmos, y la tan repetida frase agustiniana sobre la relación entre el amor y la verdad *–non intratur in veritatem nisi per caritatem–* no debe ser entendida sólo en su sentido religioso. La certidumbre de que una verdad es verdad real, en el sentido que Zubiri da a esta expresión, y no sólo verdad de razón o verdad lógica, sólo el amor creyente la concede (4). Muy bien supo sentirlo el poeta Antonio Machado:

En mi soledad
he visto cosas muy claras,
que no son verdad.

Apliquemos estas reflexiones a nuestro problema, y veamos en la conjunción del amor propio –no entendido como afición al propio lucimiento o a la eminencia personal, sino como amor a la realidad y a la perfección de uno mismo– y del amor al mundo, esto es, a las personas, a las obras, las acciones y las cosas que nos rodean, la segunda de las vías por las cuales queda convincentemente referida a «la» realidad en general la realidad de lo «mío», mi realidad íntima.

(3) Algo más he dicho sobre ella en el capítulo «Creencia y esperanza» de mi libro *La espera y la esperanza* y en el antes mencionado artículo «Creencia, esperanza y amor».

(4) Aplicado a la relación interpersonal, el concepto del «amor creyente» como superación del «amor distante» y el «amor instante» ha sido elaborado por mí en *Teoría y realidad del otro*. Pienso, sin embargo, que, entendido como amorosa creencia en la realidad propia de la cosa amada y como amorosa procura de su perfección, también puede ser aplicado a la relación con los entes no personales, un animal, un jardín o una institución.

3. La esperanza

Psicológicamente considerada, la *esperanza* es la razonable confianza en que, mediante mi esfuerzo, llegará a cumplirse aquello que yo proyecto y espero. Si esa razonable confianza no fuese acompañada y sustentada por algún esfuerzo mío, entonces no debería hablarse de esperanza, sino de ilusión vana. Y si yo estoy totalmente seguro de que con sólo mi esfuerzo y mi previsión racional lograré lo que proyecto, mi confianza en el éxito será calculadora presunción, no esperanza verdadera. Como de la teologal dicen los teólogos, la esperanza del hombre, cualquier esperanza, puede ser «firme», pero no «cierta». El «fruto cierto» que una vez dice esperar fray Luis de León no pasa de ser una animosa exageración poética (5).

Mas también es posible hablar de la esperanza en términos de realidad y no sólo en términos de psicología; y procediendo así, el esperar se nos muestra como un razonable confiar realmente vivido en mí y por mí, e instalado de manera asimismo razonable en la realidad de mi mundo, en que mediante mi esfuerzo y con la cooperación de algo que trasciende a mi esfuerzo, llegaré al futuro estado de mi realidad que yo proyecto y espero. Esperar es, en suma, el hábito de confiar en el futuro de lo real; hábito cuyo necesario presupuesto existe en la naturaleza de todos los hombres y cuya efectiva constitución puede ser favorecida o coartada por la disposición individual, la situación histórica, la educación y la buena o la mala fortuna de cada uno. Así se entiende que haya personas propicias a la esperanza, por tanto fácilmente esperanzadas, y personas proclives a la desesperanza, por tanto habitual o frecuentemente desesperanzadas.

Ahora bien, el hábito de confiar en lo real reobra sobre la intimidad de la persona que lo posee, y entonces coadyuva a vivir creyentemente –¿qué es lo primero, la creencia o la esperanza?; ¿se espera porque se cree o se cree porque se espera?; con gran ahínco se planteó Unamuno y se plantea Moltmann ese sutil problema– la efectiva realidad de nuestro mundo íntimo.

III. INTIMIDAD E INQUIETUD

Al modo propio de vivir nuestra intimidad personal pertenece esencialmente –aunque no excluyentemente– la inquietud. Veámoslo estudiando la razón de su *génesis*, los varios modos con que de hecho se presenta y el alcance de su presencia en la vida real del hombre.

1. Génesis de la inquietud

La idea de sí mismo, la libertad y la vocación, hábitos de la persona que hacen posibles sus actos de apropiación personal y por consiguiente su intimidad.

(5) De nuevo debo remitir a mis libros *La espera y la esperanza* y *Antropología de la esperanza*.

La creencia, el amor y la esperanza, vías regias para la recta y satisfactoria conexión entre «mi» realidad íntima y «la» realidad en general. Tales son los elementos principales de la anatomía de la intimidad. Gracias a ellos puedo hacer efectivamente «míos» mis actos psíquicos y sus respectivos resultados; por tanto, todo lo que en mí va poniendo cuanto en mi vida es experiencia y cuanto en mi actividad es creación.

Bien. Lo «mío» es mío. Pero ¿en qué medida y de qué modo es real y verdaderamente mío lo «mío»? ¿En qué medida y de qué modo estoy yo real y verdaderamente seguro de que lo «mío» es real? ¿De qué manera se halla implantado en la realidad lo que yo tengo por «mío», y con ello mi propio yo, yo mismo? ¿En qué forma puedo yo poseer «lo mío»? Veamos.

La creencia, decía yo, es una aceptación prerracional y transracional de que es real aquello que veo y una parte de aquello en que pienso. La creencia me permite referir con seguridad «mi» realidad íntima a «la» realidad en general y al fundamento de ésta. Para decirlo con el ya acuñado término de Zubiri, ella es la que me hace vivir y sentir como fiable la constitutiva «religación» de mi persona a ese fundamento de toda posible realidad. Pero ¿cómo lo hace? No, desde luego, por modo de evidencia, no con la entera certidumbre sensorial con que digo «Esa pared es blanca», ni con la inconmovible evidencia intelectual con que afirmo que «Dos y dos son cuatro». Antes recordé una sentencia de Santo Tomás, según la cual el acto del que cree es en alguna medida comparable al acto del que duda, del que opina y del que sospecha. Por muy firme que mi creencia sea, siempre se hallará veteada por la duda. Lo cual vale tanto como afirmar que a la creencia le pertenece constitutivamente la *inquietud*.

¿Irán mejor las cosas en lo tocante al amor? Si el panfilismo, el mutuo amor entre todos los hombres, fuese la regla de la existencia humana, si la agresividad, la competición hostil y la lucha por la vida no existiesen en la naturaleza, si mi amorosa atención hacia el otro y la del otro hacia mí nos garantizasen a los dos nuestra mutua transparencia, si mi amor de mí mismo no pudiese ser objeto de descarrío, tal vez. Pero junto al amor, fundidos a veces con él, por extraño que esto parezca, están el odio, la hostilidad, la envidia, el menosprecio, la indiferencia, o por lo menos la permanente tentación hacia estos sentimientos; y aunque por mí sean cumplidos todos los requisitos que en la precedente definición del amor se consignan, ¿puedo yo estar seguro respecto de la perduración y la verdadera realidad de lo amado, sea persona, institución o cosa? Recuérdese, por otra parte, lo que parcial y penúltimamente tiene de cierto el implacable análisis sartriano de la relación amorosa. No; tampoco el amor –el amor más puro e intenso– puede quedar exento de *inquietud*, ni deja de estar traspasado por ella.

No será otra nuestra conclusión en el caso de la esperanza. La esperanza humana puede ser firme, pero no cierta, recordaba yo antes. El proyecto mejor calculado puede fracasar. Cabe incluso decir, con Jaspers, que el fracaso es compañero inevitable de toda existencia auténtica, porque nadie, incluido el más esforzado y vocacional de los creadores, hace todo lo que quiere o querría hacer, ni siquiera todo lo que puede y podría hacer. Pocas obras lo demuestran

con tanto patetismo como la realidad y la génesis de la *Pietà Rondanini* de Miguel Angel. Bajo forma de temor o de angustia, también la esperanza se halla empapada por la *inquietud*.

Desde los orígenes de la lírica y la tragedia griegas se halla expresado este radical, inexorable ingrediente de la condición humana; pero referido, como en él había de suceder, al ansia constante de un definitivo y trascendente reposo en el Dios cristiano, nadie lo ha expresado con tanta contundencia y tanta resonancia como el San Agustín de las *Confesiones: Inquietum est cor meum...* Ante la esperanza de un plenificante estado final de la humanidad, pero sometido de hecho a los ásperos vaivenes de la dialéctica de la historia, ¿no diría lo mismo Carlos Marx? Y si mira hacia el fondo de sí mismo, haya sido brillante o adecuado el quehacer de cada día, ¿no será ése el sentir del más empedernido agnóstico? *Animal insecurum* llamó al hombre el fino filósofo Peter Wust. La *cura* o *Sorge*, el «cuidado», es una esencial determinación óntica de la existencia, afirmará Heidegger. Ortega verá en la figura del náufrago la metáfora más adecuada a la condición insegura del hombre y difundirá entre nosotros el elegante y penetrante tornasol confesional de una vieja divisa borgoñona: *Rien ne m'est sûr que la chose incertaine*. «Seguro azar», dice un sugestivo título de Pedro Salinas. Zubiri, por su parte, ha construido una original y rigurosa doctrina metafísica de la inquietud. Sí; como San Agustín, y seamos creyentes, ateos o agnósticos, todos podemos decir con sinceridad, si no vivimos encallados en el negocio y la diversión de la existencia cotidiana, que en el elemento de la inquietud tenemos que movernos para hacer nuestra vida. Radical e inexorablemente, nuestra intimidad se nos presenta como un continuo y cambiante proceso de *autorrealización y autoposesión en la inquietud* (Zubiri) (6).

2. Expresiones de la inquietud

Varios son los modos de expresarse la ineludible realidad íntima de esta condición de la existencia humana. Por lo menos, los siguientes:

1.º La inquietud de si es real y verdaderamente preferible lo que en cada momento yo prefiero. O bien, pasando del orden ético al orden noético, la inquietud de si será o no será cierta la interpretación con que en el ámbito de mi intimidad yo personalizo para mí mi experiencia de tantos y tantos eventos. Cabría decir, radicalizando a Popper, que la falsabilidad es un momento constitutivo de la actividad íntima del hombre. En uno como en otro caso se trata de la *inquietud ante la posibilidad del error*.

(6) Exponiendo el pensamiento antropológico de Zubiri, escribe I. Ellacuría: «Yo no soy mi vida, sino que mi vida es la yoización de mi realidad, la personalización de mi personeidad, el efectivo autoposeerse de aquella realidad que es «de suyo» suya. En esta personalización, en esta constitución de mi propia figura de ser, va en juego lo que va a ser de mi, lo cual plantea el carácter metafísico de mi constitutiva in-quietud. Junto a la intimidad metafísica, que remite mi ser a la realidad, está la inquietud metafísica de mi realidad, que ha de configurar lo que va a ser de ella, su propio ser en la vida que transcurre» (*loc. cit.*, pág. 130).

2.º La inquietud respecto de mi suerte en la consecución de lo preferido o proyectado, aunque yo haya sabido optar por lo que real y verdaderamente fuera preferible y calcular del modo más cuidadoso el avance hacia lo por mí proyectado. Ehrlich fracasó 605 veces en el intento de preparar el salvarsán –que, por lo demás, tampoco resultó ser lo que él quería– y la NASA dista mucho de acertar siempre. Es la *inquietud por la posibilidad del fracaso.*

3.º La inquietud relativa a si yo puedo o no puedo llamar verdaderamente «mío» –baste pensar en la posibilidad de arrepentirme de cualquiera de mis juicios al día siguiente de habérmelo formulado– a lo que como «mío» pueda tener yo en mi intimidad. No sé si muchos lo habrán enunciado tan sugestiva y sentenciosamente como el poeta Manuel Machado, cuando con evidente y penetrante ironía revisa la cuestionable certidumbre de los tres términos que componen la expresión «grabada en el alma mía»:

¿Grabada? Lugar común.
¿Alma? Palabra gastada.
¿Mía? No sabemos nada.
Todo es conforme y según.

Es la inquietud por la posibilidad de la no-posesión.

4.º La inquietud respecto de si yo seguiré siendo yo –el yo que soy ahora– cuando, si en verdad llega, llegue a realizarse lo por mí proyectado. El curso o las secuelas de una enfermedad orgánica o psíquica, ¿me impedirán vivir como mío ese logro? Es la *inquietud por la posibilidad de la muerte biográfica.*

5.º La inquietud respecto de si yo seguiré viviendo o ya no viviré cuando lo que ahora proyecto o lo que ahora ejecuto llegue a cumplirse. «No hay joven que no pueda morir al día siguiente, ni viejo que no pueda vivir un año más», dicen que dijo Cicerón y solía repetir, pasados sus noventa años, don Ramón Menéndez Pidal. El «ser-para-la-muerte», más aún, para una muerte en tantos casos imprevista, pertenece a nuestra existencia, se ha repetido mil y mil veces desde la difusión del *Sein und Zeit* de Heidegger. La *inquietud por la posibilidad de la muerte biológica* es la que con esa expresión nos traspasa.

6.º La inquietud, en fin, respecto de si yo seguiré existiendo allende mi muerte, o si con ella quedaré reducido, como persona, a la pura «nada»; si el destino de mi realidad personal será tan sólo que mi cuerpo pase a ser pura materia cósmica. Cuentan que al final de su vida solía preguntarse San Alberto Magno: *numquid durabo?*, «¿es que voy a perdurar?»; expresión que no parece violento interpretar en dos sentidos, uno religioso, el de la perseverancia, y otro metafísico, el de la perduración. Es la *inquietud por la posibilidad de la muerte metafísica,* la angustia ante la propia aniquilación.

3. La vida en la inquietud

Inquietud por la posibilidad de error, de fracaso, de no-posesión, de muerte biográfica, de muerte biológica, de muerte metafísica. Inquietud, en suma, por

nuestra falibilidad y nuestra fragilidad constitutivas. Desde el fondo de nosotros mismos, con toda seguridad todos podemos decir, mirando íntimamente nuestra realidad propia: *inquietum est cor meum*, mi corazón vive en la inquietud.

Pero, aunque radicalmente inquieto e inseguro, náufrago, si se quiere, lo cierto es que mientras vivo no me hundo, más aún, que navego. A la manera como, según la conocida leyenda de su escudo, sigue existiendo la ciudad de París, de la vida del hombre se puede constantemente decir *fluctuat nec mergitur*, «fluctúa y no se hunde». Más allá va la valoración kierkegaardiana de la inquietud, si uno se decide a entenderla en su sentido más radical: «Todo conocimiento cristiano es inquietud, y debe serlo, pero esta misma inquietud edifica», escribe Kierkegaard en su *Tratado de la desesperación*. Pero cuando es la pasión de la verdad lo que desde dentro nos mueve a conocer, ¿no es cierto que de todo conocimiento, no sólo del conocimiento cristiano, podrá decirse eso? Fluctúo amenazadamente en lo real, pero en lo real existo últimamente, y a través de la inquietud de esa constante fluctuación me edifico. Así va creciendo mi vida; y aunque en ella no lleguen a ser enteramente seguros, por muy firmes que sean, mis creencias, mis amores y mis esperanzas no son de raíz trampa y falsedad. Sigo siendo «hombre por mi voluntad», no me suicido ni, pese a lo que a veces pueda dedir, renuncio a mi condición humana. Mi vida no es puro error, puro fracaso, pura no-posesión y puro poder morir biográfica o biológicamente, ni es, tampoco, contra lo que Sartre dijo y luego dejó de decir, una «pasión inútil». Gracias en muy buena parte a mi inquietud voy haciendo mi vida; gracias a que real y verdaderamente soy real, y a que lo sé, mi vida no es pura inquietud. Así lo siento y lo pienso en mi intimidad y –mediante los recursos que más tarde examinaremos– así lo siento y lo pienso en los demás, cuando con ellos trato. «La vida –escribe Ortega– es precisamente la unidad radical y antagónica de esas dos dimensiones entitativas (Muerte y Vida): muerte y constante resurrección o voluntad de existir *malgré tout*, peligro y jocundo desafío al peligro, desesperación y fiesta, en suma, angustia y deporte.» Nadie lo sabe mejor que el enfermo, cuando siente en sí la amenaza de la muerte y la esperanza de seguir viviendo.

IV. CUERPO E INTIMIDAD

Repetiré lo dicho: en tanto que cuerpo humanamente viviente, nuestro cuerpo es el lugar morfológico-funcional de las varias estructuras psicoorgánicas en que y con que se realiza y manifiesta nuestra realidad; y en tanto que corporalmente encarnada y corporalmente suscitada, la intimidad es el modo en que y con que la actividad de esas estructuras se le revela a cada hombre como personal y propia. Descriptivamente considerados, el cuerpo y la intimidad se hallan entre sí en complementariedad polar; ellos son, en efecto, los dos polos en que operativamente se expresa la unitaria realidad psicoorgánica de la persona.

Desde el nacimiento mismo, la consideración no meramente analítica de la dinámica del cuerpo –la que le contempla conforme a la unidad viviente que él y la psique forman, no la que exponen los habituales tratados de fisiología– necesariamente debe remitir a la intimidad que en él opera, sea ésta la incipiente e imprecisa del niño, sea la ya reflexiva y bien constituida del adulto. Bellos estudios recientes de J. de Ajuriaguerra y sus colaboradores acerca de la postura de los niños, del modo más claro lo demuestran: postura corporal e incipiente y preconsciente intimidad se corresponden finamente entre sí. La intimidad del adulto, por otra parte, no es un modo de vivir resultante de abstraer del yo la sensación del cuerpo y la del mundo. Bastaría, para advertirlo, considerar cómo a cada modo de ejercitar la vida íntima de la persona –la que se lleva a cabo cuando uno, estando solo, quiere cerrar los ojos e íntimamente concentrarse en algo que entonces le interesa de veras– le corresponde como actitud especialmente favorable una determinada posición del cuerpo. En *Le penseur* de Rodin, la más honda genialidad del escultor consistió en patentizar vigorosamente la relación entre la posición del cuerpo esculpido y la actividad íntima de pensar intensamente. En sus trabajos iniciales, cuando la impronta de la *Naturphilosophie* todavía era fuerte en él, Joh. Müller señaló la correspondencia entre los movimientos de extensión y los movimientos de flexión con las actitudes psíquicas de «entregarse al mundo» y «encerrarse en la intimidad». A la misma conclusión nos llevaría, en fin, un estudio detenido y sensible de las posiciones corporales con que los distintos pueblos han expresado ritualmente la entrega de la persona a lo que en verdad es íntimo en la vida religiosa.

¿Cómo, desde un punto de vista filosófico, a la postre metafísico, deben ser concebidas la unidad real y la complementariedad polar entre el cuerpo y la intimidad? ¿Cómo puede entenderse satisfactoriamente que el cuerpo del hombre sea impensable sin intimidad y que a la vida íntima le sea inherente el cuerpo? Dejemos la tarea a los filósofos versados en neurofisiología y a los neurofisiólogos para quienes la meditación filosófica sea, desde dentro de su oficio, verdadera necesidad intelectual. Aun cuando el presupuesto filosófico y los resultados de sus diálogos no hayan sido enteramente satisfactorios, ésa es la excelente vía que Popper y Eccles iniciaron en el libro *The Self and its Brain*. Por mi parte, metódicamente ceñido a los límites y a las exigencias de la antropología médica, debo contentarme con dejar consignado ese grave, controvertido y acaso nunca enteramente resoluble problema.

Cuerpo e intimidad en complementariedad polar, sin mengua de la real unidad psicoorgánica de la persona humana. En páginas ulteriores veremos cómo una y otra se conducen en los estados de nuestra vida que denominamos «salud» y «enfermedad».

CAPITULO 5

Las determinaciones tipificadas de la realidad humana

Hablar del hombre o de la persona humana *in genere* es incurrir en abstracción. La realidad personal del hombre sólo existe *in individuo*, en este hombre, en el otro y en el otro. Lo cual no excluye la posibilidad de estudiar tanto lo que a todos los hombres es común –esto es lo que he tratado de hacer hasta ahora–, como lo que tipifica la común realidad del género humano, lo que hace que ésta se nos presente como un conjunto de tipos distintos entre sí. O, viceversa, la posibilidad de hacer de la individualidad punto de partida para describir inductivamente modos típicos de ser hombre, intermedios entre el individuo y el género.

Desde tres principales puntos de vista puede ser tipificada la realidad del hombre: el biológico, el sociológico y el histórico. Según el primero, lo que primariamente decide y orienta la tipificación humana es la figura y la actividad del cuerpo. Según el segundo, el comportamiento, el rol y el *status* del individuo en la sociedad a que pertenece son a este respecto las instancias decisivas. Según el tercero, la situación histórica en que el individuo se ha formado y hace su vida. Veamos sumariamente lo que resulta de adoptar cada uno de ellos.

I. LA TIPIFICACION BIOLOGICA

A causa de su biología, el individuo humano es varón o mujer, joven o viejo, blanco o negro, asténico o pícnico, rubio y linfático o moreno y melancólico. El sexo, la edad, la raza y el biotipo son, en efecto, los principales modos típicos de configurarse biológicamente la realidad humana. Puesto que la edad fue estudiada al describir las fases de la biografía, limitémonos ahora a considerar esquemáticamente los modos restantes.

1. El sexo

Ante todo, el *sexo*. En tanto que momento tipificante y tipificado, ¿qué es el sexo? Obviamente, un modo de ser hombre, por esencia inherente a lo que en su realidad empírica el hombre es y genéticamente determinado por la constitución de su plasma germinal. Como es sabido, todos los óvulos de la especie humana poseen el cromosoma X. Los espermatozoides, en cambio, pueden ser de dos tipos: los que tienen un cromosoma X y los que tienen un cromosoma Y. Si el espermatozoide fecundante es uno de aquéllos, el genoma del cigoto será XX, esto es, femenino; si es uno de éstos, el cigoto será XY, es decir, masculino. Desde las primerísimas etapas de su vida biológica, el individuo humano es, pues, varón o mujer. ¿Dejará por ello de ser específicamente hombre: *homo sapiens, animal rationale, animal historicum,* animal de realidades, animal que hace una vida humana, todo lo que hombre como tal hombre nos han dicho que es? En modo alguno: tanto del varón como de la mujer pueden y deben ser predicadas todas esas propiedades específicas. ¿Cómo? Este es nuestro problema. Para resolverlo, distingamos metódicamente lo que en el sexo es naturaleza y lo que en su concreción y expresión reales hayan puesto la sociedad y la cultura. O, como diría un filósofo tradicional, la primera y la segunda naturaleza de los sexos en la especie humana.

a. *Sexo y naturaleza*

La relación entre *el sexo y la naturaleza* en el caso del hombre se ha hecho problema importante e incitante en la cultura de Occidente, tras la Primera Guerra Mundial.

Desde el *Homo erectus* hasta los más actuales ejemplares del *Homo sapiens sapiens*, el varón y la mujer han ostentado por naturaleza peculiaridades sexuales netamente distintas entre sí. Por una parte, los caracteres morfológicos primarios y secundarios: órganos sexuales, mamas, cabellera, vello y su distribución, talla, aparato osteomuscular, aparato fonador, cartílago laríngeo, etc. Por otro lado, los amplios y contrapuestos conjuntos de las hormonas masculinas y las hormonas femeninas, con los correspondientes mecanismos bioquímicos. En el orden de la pura biología, la neta diferenciación morfológica y funcional entre los dos sexos no puede ser más evidente. Que biológicamente no existan «varones puros» y «mujeres puras», que la intersexualidad, con predominio mayor del uno o del otro sexo, más aún, con exaltación de la feminidad en el organismo de los varones adolescentes y de la masculinidad en el de las mujeres climatéricas, sea en nuestra especie regla general, como tan enérgicamente subrayó Marañón, en modo alguno invalida el precedente aserto. Salvo los artificios del travestismo y ciertas excepcionales anomalías morfológicas, el aspecto y la dinámica funcional de la inmensa mayoría de los individuos de nuestra especie nos permiten afirmar sin vacilación ante un individuo humano: «Este es un varón, ésta es una mujer». ¿Nos será posible decir lo mismo respecto de otros momentos de la realidad humana? En nuestra especie, y

en lo tocante a la diferenciación de los sexos, ¿hasta dónde llega «lo natural», lo verdaderamente impuesto por la naturaleza?

Vengamos a los hechos. Hay actividades del hombre en las que el carácter genéricamente humano y sexualmente no diferenciado resulta innegable. ¿Quién podría atribuir estilo femenino a las investigaciones químicas de Mme. Curie, a la física atómica de Lisa Meitner, a la antropología cultural de Margaret Mead y Ruth Benedict, a la especulación filosófica de Edith Stein y a la lexicografía española de María Moliner? La pesquisa científica e intelectual y la conceptuación ulterior a ella sólo dependen de lo que por ser hombres –por ser personas humanas, *Menschen*, diría un alemán– tienen en su diversa realidad el varón y la mujer. La resolución de una ecuación diferencial, la síntesis artificial de una sustancia química, la crítica de la lógica aristotélica y la definición de «serventesio», de ninguna manera permiten discernir si ha sido varón o mujer la persona que las ha realizado.

Entre esa tan neta diferencia anatómico-funcional y ésta no menos evidente indiferenciación intelectual, ¿hay en la realidad del varón y en la realidad de la mujer algo que entre sí vitalmente las distinga? Marañón desde la observación clínica, Marías desde la reflexión antropológico-filosófica, han afirmado resueltamente que en su realidad concreta el hombre es un ente no sólo «sexual», poseedor de un sexo y capaz, por tanto, de actos sexuales, mas también «sexuado», esto es, un individuo totalmente informado –corporal y anímicamente empapado, si quiere decirse así– por el sexo que posee. Marañón atribuía al varón menor sensibilidad para los estímulos afectivos y mayor capacidad para la labor abstracta y creadora, frente los opuestos caracteres de la mujer. No negaría él, como es obvio, la antes señalada indiferenciación sexual en el cultivo de la química o de la matemática; pero a tal observación respondería sin duda con un dato de orden biológico: que en la realidad concreta del individuo humano no hay «varones puros» y «mujeres puras» –salvo que en nuestra especie se den los «supermachos» y las «superhembras» que genéticamente han sido descritos en ciertos insectos–, y con un argumento de orden estadístico, que el tanto por ciento de los varones menos sensibles para los estímulos afectivos y más capaces de creación y de abstracción es mucho más alto que el de las mujeres dotadas de esos caracteres psíquicos.

Especial y penetrante atención ha dedicado Marías al análisis y la conceptuación de la condición sexuada del individuo humano y al deslinde de las notas esenciales –entendidas no como lo que se es en sentido estricto, sino como lo que *se tiene que ser*, lo que *se necesita ser*– del varón y de la mujer. Entre los dos sexos hay una «disyunción» polarmente complementaria. Por obra de ella, cada individuo humano se halla «instalado» en su sexo, y según tal instalación, que es a un tiempo biológica, biográfica, social e histórica, ve la realidad y hace y vive su vida. Hasta la comprensión de un teorema matemático, dice Marías, se vive desde la instalación en el sexo.

Biológica, psíquica y socialmente, el varón tiene que ser fuerte, poderoso y seguro, y de ahí la cualidad que de modo primario ha de hacerse patente en el rostro viril: la gravedad, la interior aceptación de la pesadumbre de la vida;

gravedad que, por supuesto, no debe ser incompatible con la jovialidad y la alegría. La mujer, a su vez, tiene que ostentar belleza –no entendida ésta, naturalmente, como pura belleza física– y gracia, levedad e interés, ese interés que posee aquello cuya «realidad por dentro» verdaderamente interesa. La razón es masculina o femenina. No, por supuesto, la razón abstracta de que habla Kant, cuando considera al hombre *in genere* como «ente racional» *(vernünftiges Wesen)*, ni la que actúa en el ejercicio de la «lógica pura» de Husserl, sino la concreta «razón vital», esa con que la vida del hombre «da razón» de la realidad y la aprehende en su conexión. Polarmente distintas entre sí, referidas complementariamente la una a la otra, histórica y socialmente moduladas en sus respectivas actividades, la razón vital masculina y la razón vital femenina son los motores de la vida humana desde que ésta comenzó a existir sobre el planeta.

Aceptando, por supuesto, este modo de concebir el sexo del individuo humano, y por tanto la necesaria y omnímoda proyección biográfica, social e histórica de su condición sexuada, dos cuestiones básicas se presentan: 1.ª No en el orden del «hacer», sino en el orden de «lo hecho», ¿hay en la cultura –en el mundo– obras y acciones en las cuales no sea posible establecer diferencia y de algún modo dependan del sexo de su autor? 2.ª ¿En qué medida y de qué modo es «naturaleza» la condición sexuada del varón y de la mujer?

1.ª Como acabo de decir, se trata de saber si hay *obras humanas cuyo contenido y cuyo estilo se hallen más allá* –o más acá– *de la diferenciación sexual de nuestra especie.* Volvamos a los ejemplos anteriormente aducidos. Leyendo un trabajo científico firmado por María Curie o Lisa Meitner, un estudio fenomenológico de Edith Stein o el relato de una investigación etnológico-antropológica de Margaret Mead o Ruth Benedict, ¿es posible diagnosticar la condición femenina de sus respectivas autoras? No lo creo. Y, por otra parte, ¿puede negarse que tanto en el momento sentiente de la aprehensión de realidad que esos estudios y trabajos exigen, como en la ejecución de lo así concebido, necesariamente tiene que influir la constitución sexuada de quienes los ejecutaron? Más concretamente: en cuanto que por esencia es sentiente, la intelección del teorema de Pitágoras tiene que diferir en el varón y en la mujer, y lo mismo deberá acontecer, en tanto que acto psicoorgánico, y por consiguiente biográfico, social e histórico, en el proceso que requiere la formulación expresa de ese teorema. Pues bien: ¿cómo puede entenderse la terminal indiferenciación sexual de las obras antes mencionadas?

A mi modo de ver, es preciso distinguir entre la «obra» y la «operación». La operación, el proceso que conduce a la producción de una obra, se halla *siempre* matizada por el sexo del ejecutante. Todo lo sutilmente que se quiera, el proceso psicoorgánico que tiene su término en la intelección del teorema de Pitágoras y el proceso, psicoorgánico también, que ineludiblemente requiere la operación de formularlo en un aula o sobre una cuartilla, algo tienen de masculino cuando es varón su autor, y de femenino, cuando es mujer quien los ejecuta. La obra, en cambio, *puede ser* sexualmente indiferenciable. Dejando

aparte el delicado problema que plantean la obra de arte y el hábito social –por ejemplo: la feminidad de la obra literaria de Emilia Pardo Bazán y la de Rosalía de Castro, la masculinidad de la poesía de Fray Luis de León o de Rainer María Rilke; la masculinidad o la feminidad de hábitos sociales como el saludo, la jardinería o el tipo de letra–, las obras que se nos muestran como razón objetivada, sea mental o sea sensible su objetividad –el concepto de la justicia o del triángulo rectángulo en el primer caso, el relato de un experimento físico o la resolución de un problema matemático, en el segundo–, dependen de la razón humana en cuanto tal, sea ésta entendida al modo aristotélico, al cartesiano, al kantiano, al husserliano o a otro distinto. Por su condición sexuada, el varón y la mujer son tipos humanos polarmente complementarios entre sí; por su condición humana –por ser hombres, en el sentido genérico del término– la mujer y el varón son entes entre sí específicamente coincidentes, y esto es lo que en último término hace posible su mutuo, real y completo entendimiento «en la verdad». Tal es uno de los hechos centrales de la convivencia entre hombres y uno de los problemas básicos de la antropología filosófica.

2.ª ¿Puede hablarse, según esto, de una «naturaleza masculina» y «una naturaleza femenina» respectivamente constituidas por las notas inherentes a la radical e ineludible condición sexuada del individuo humano? Según lo que se entienda por «naturaleza humana». Porque, a mi juicio, sólo es admisible hablar de ella –como ya sumariamente advertí en las páginas iniciales de este libro– reduciéndola a las notas que por modo invariante perduren desde el prehistórico *Homo erectus* al *Homo sapiens sapiens* de la segunda mitad del siglo XX; o dicho de otro modo: describiéndola según lo que entre uno y otro haya de común. «Naturaleza masculina» será, por tanto, lo que tengan de común, en tanto que varones, los individuos varones de ambas especies de la genérica hominidad; y *mutatis mutandis*, lo mismo habrá que decir de la «naturaleza femenina». Orgánica, psíquica y socialmente ¿en qué coinciden esos dos extremos modos de ser varón y de ser mujer? Pregunta ésta que nos conduce directamente al problema de la relación entre el sexo, la sociedad y la cultura.

b. *Sexo, sociedad y cultura*

Orgánica, psíquica y socialmente, algo se parecen entre sí los remotos *homines erecti* varones y los actuales *homines sapientes sapientes* varones también, y asimismo sus correspondientes mujeres. ¿En qué? En algo más, sin duda, que en la posesión de caracteres sexuales primarios y secundarios; pero acaso en poco más. Baste imaginar la diferencia que desde el punto de vista de su rol social tiene que existir entre el varón de nuestro siglo y el que no conocía la relación entre el ayuntamiento sexual y la procreación; relación que, por extraño que parezca, sólo en el curso de la historia ha sido descubierta por el llamado «hombre primitivo». Parcialmente apoyado en D. Morris, E. Morgan, S. L. Washburn, L. H. Morgan, F. Engels y otros autores, el anatomista P. Amat ha especulado muy plausiblemente acerca de la conversión del trinomio madre-hijo-varón protector en el trinomio madre-hijo-padre; pero, sea cualquiera

la actitud ante esa hipótesis, lo que a nosotros nos importa ahora es el riesgo de considerar «caracteres invariantes» de la virilidad los obtenidos observando no más que la biología, el psiquismo y la conducta del varón durante el lapso temporal estudiado en los manuales de historia al uso. Otro tanto habrá que decir de la condición femenina, si *in mente* son comparadas las mujeres que en el neolítico inventaron la agricultura y las que en las cortes provenzales eran objeto del *amour courtois*.

Como hombres que son, el varón y la mujer tienen una radical naturaleza de carácter psicoorgánico y personal, a la que pertenece su condición sexuada; pero la expresión de ella varía orgánica, psicológica y socialmente a lo largo del tiempo. Considerando en toda su extensión temporal la historia del género humano, no limitándonos, por tanto, a los periodos de que poseemos documentación escrita, y teniendo por otra parte en cuenta la profundidad y la rapidez de los cambios históricos y sociales que desde la primera revolución industrial –y más aún desde la segunda– está experimentando la vida del hombre, ¿podemos admitir como definitivamente válidas las actuales descripciones de la condición sexuada del varón y la mujer? ¿Cuál será la psicología de ésta y cuál su papel en la sociedad dentro de un milenio, si es que para entonces la humanidad sobrevive? La resuelta y creciente incorporación de la fémina al trabajo extradoméstico, su masiva concurrencia a centros de formación intelectual y técnica hasta hace un siglo reservados a los varones, su participación, creciente también, en la investigación científica y en el gobierno de la sociedad, la tal vez irreversible disociación entre la cópula erótica y la cópula procreadora, la no menos creciente tecnificación del cuidado del niño, tantas y tantas notas más del enorme cambio histórico a que estamos asistiendo, ¿cómo van a configurar en los próximos siglos la expresión orgánica, psíquica y social de su condición sexuada? La mujeres que se dedican a ser madres, ¿de qué modo realizarán su maternidad, la más radical y al parecer más invariable de las actividades en que la naturaleza femenina se realiza?

Hay autores para los cuales este proceso de virilización psicológica y social de la mujer –¿quién sabe si también biológica?– dará lugar, para bien de la universal cultura, a una nueva y más alta figura de la pareja humana, y por tanto a un nuevo modo de complementarse los dos polos de la condición sexuada de nuestra especie. Tal vez sí, tal vez no. De algo, sin embargo, podemos estar seguros: de que entre el modo de enfermar el varón y el modo de enfermar la mujer siempre habrá diferencias no solamente atribuibles a los caracteres anatomofisiológicos de cada uno de los dos sexos. Por lo que hace a la patología actual, así lo veremos en páginas ulteriores.

2. El biotipo

Desde que la precisión en la observación sensorial se hizo regla para el conocimiento racional del mundo –por tanto: desde la Grecia clásica–, nunca en la cultura occidental ha cesado el intento de clasificar en «tipos biológicos»

sensorialmente discernibles la ingente variedad individual de la especie humana; tipos cuya consistencia biológica ha sido siempre entendida con arreglo a las ideas anatomo-fisiológicas vigentes en cada situación. Los médicos hipocráticos y Galeno, éste sobre todo, crearon la tan influyente clasificación humoral de los temperamentos: el sanguíneo, el flemático o pituitoso, el bilioso o colérico y el melancólico o atrabiliario. Casi dos milenios han vivido de este esquema médicos y profanos. Con la nunca completa sustitución de la estequiología humoral por la fibrilar, en los siglos XVI-XVIII, fibrilar se hizo asimismo la biotipología, y los individuos de «fibra dura» fueron opuestos a los de «fibra blanda». La biotipología entró en un nuevo periodo cuando en el siglo XIX se elevó a regla metódica el atenimiento del hombre de ciencia al hecho positivo y a la mensuración. Tras los insuficientes ensayos de dos clínicos franceses, L. L. Rostan y Th. de Trois-Vèvre (López Piñero), la constitución biotípica del hombre, ya científicamente estudiada, fue recobrando la vigencia de antaño entre médicos y antropólogos, y en modo alguno fue un azar que la investigación siguiese desde entonces las tres líneas principales en que se diversificó el saber de los clínicos y los patólogos: las mentalidades que desde hace tantos años vengo llamando anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica.

a. *Biotipos morfológicos*

Consciente e inconscientemente, los secuaces de la mentalidad anatomoclínica tienden a ver en la forma anatómica la expresión inmediata del modo de ser que llamamos vida. Compréndese, pues, que cuando el investigador actúa mentalmente regido por ella, vea en el *biotipo anatómico* la realidad en que la constitución biológica primariamente se expresa y diversifica. Tal fue el caso de A. de Giovanni, pionero (desde 1870-1875) en el establecimiento de una tabla de biotipos puramente morfológicos y fundador de la brillante escuela constitucionalista italiana (G. Viola, N. Pende y otros). Con un nombre o con otro, los biotipos descritos por los autores italianos (longuitipo microsplácnico, normotipo normosplácnico y braquitipo braquisplácnico en la clasificación de Viola, longuilíneo catabólico e hipovegetativo, mesolíneo y brevilíneo, anabólico e hipervegetativo en la de Pende) han sido muy ampliamente aceptados. También la orientación morfológica presidió en Alemania la tipología del anatomopatólogo W. Beneke (dos tipos cardinales: el *habitus scrofuloso-phthisicus* y el *habitus carcinomatosus*) y la del internista B. Stiller (hábito asténico y hábito artrítico); y más tarde, con resonancia que ha trascendido el saber médico, la del psiquiatra E. Kretschmer (hábitos leptosomático o asténico, pícnico, atlético y displásico). Otro tanto cabe decir de la biotipología francesa de nuestro siglo (C. Sigaud, L. Mac Auliffe), aunque los nombres de los biotipos que estos autores deslindan (tipos respiratorio, digestivo, muscular y cerebral) no sean puramente morfológicos. Morfológica y embriológica a la vez fue, en fin, la biotipología que entre nosotros propuso Letamendi, y lo es hoy la tan influyente del norteamericano Sheldon, con su distinción de las líneas principales de coincidencia y variación que él llama endomorfia, mesomorfia y ectomorfia.

b. *Biotipos funcionales*

Cabe también pensar que la constitución humana se tipifica, antes que en una determinada forma somática, en el modo como las funciones vitales son ejecutadas, y por tanto en el comportamiento del organismo cuando se le somete a determinadas exigencias biológicas. Nacen así los *biotipos funcionales.* Tal fue el punto de partida de Fr. Kraus en su monografía *Die Ermüdung als Mass der Konstitution* (1897) y, poco más tarde, el presupuesto doctrinal de las investigaciones de E. Eppinger y W. R. Hess acerca de la vagotonía y la simpaticotonía, en tanto que diversificaciones cardinales de la constitución orgánica. Constitucionalmente, el individuo humano es vagotónico, simpaticotónico o normotónico, y esto condiciona, en principio, su modo de reaccionar a los estímulos exteriores. No es preciso subrayar la importancia de estos conceptos en la medicina del siglo XX.

c. *Biotipos infectorreactivos*

El vigoroso auge que la patología de la infección conoció en los últimos lustros del siglo XIX dio lugar a un tercer modo de concebir la constitución del organismo: la visión de ésta como fundamento de la mayor o menor resistencia del individuo a la acción de los gérmenes patógenos. Desde este punto de vista entendieron la constitución individual el bacteriólogo F. Hueppe y el clínico A. Gottstein, y según él trataron de distinguir *biotipos infectorreactivos.* Gottstein introdujo una fórmula matemática, ampliada luego por Martius y Strümpell, para expresar la variable disposición del individuo al padecimiento de una enfermedad infecciosa: C/p, en la cual C indica la resistencia constitucional del organismo infectado y p la virulencia del germen infectante. Sin el propósito de alcanzar una cuantificación tan precisa, esa misma es la actitud mental de los clínicos cuando hablan de la relación entre el papel del «germen» y el del «terreno».

d. *El biotipo y el psiquismo*

Cualquiera que sea el punto de vista desde el cual haya sido establecido el biotipo, la regla «Todo lo orgánico es también psíquico, y todo lo psíquico, orgánico», no deja de cumplirse. Desde los biotipos humorales de la antigua Grecia hasta los que en la antropología y la patología actuales se hallan vigentes, la *atribución de caracteres psíquicos al tipo biológico* ha sido constante. Nada lo demuestra mejor que la evolución semántica de los términos «flemático», «colérico» y «melancólico», de significación tan preponderantemente orgánica durante tantos siglos y tan preponderantemente psíquica en los dos últimos. Fieles a esa básica regla, asimismo lo hacen ver la tipología de Kretschmer y la de Sheldon, para no citar sino las dos que en la actualidad han logrado mayor vigencia. Ni siquiera a las dimensiones orgánica y psíquica de la persona se limita la manifestación del biotipo. Kretschmer, al menos, la extendió resueltamente al orden de la cultura, poniendo en contraste la mayor tendencia de los

pícnicos a las ciencias de la naturaleza y la mayor inclinación de los leptosomáticos a la abstracción filosófica, matemática y teológica.

3. La raza

No es preciso ser racista, en el sentido peyorativo –justamente peyorativo– que a esta palabra se ha dado desde que el conde de Gobineau y Houston Stewart Chamberlain contrapusieron las «razas superiores» a las «inferiores», para admitir que la raza no es una cualidad del ser humano que sólo afecte al color de la piel y al aspecto de la cabellera. ¿Hasta qué punto y de qué modo es la raza un modo de ser hombre? Para responder con cierta precisión a esta pregunta, examinemos sumariamente los diversos componentes de la realidad biológica, psíquica y social que la raza es.

a. *Raza y naturaleza*

En primer término, el que a todas luces parece básico, la relación entre *raza y naturaleza.* Por tanto, el esencial momento psicoorgánico de aquélla.

La realidad orgánica de las razas se hace ante todo patente en el color de la piel. Tópica y escolarmente se habla de cinco razas principales, la blanca, la amarilla, la negra, la cobriza y la aceitunada. Más sutiles deben ser las clasificaciones que aspiran al rigor científico. A modo de ejemplo mencionaré la de H. Weinert (1965), que distingue una «línea media», una «línea negra» y una «línea amarilla». A la «parte oscura» de la línea media pertenecen australianos, weddas, sakai, drávidas, tasmanios, papúes, pigmeos y negritos. A su «parte clara», los ainu, los polinesios, los hindúes y los európidos. La línea negra se halla integrada por los pigmeos africanos, los bosquimanos, los hotentotes, los hereros, los negros *stricto sensu* y los malgaches. La línea amarilla, en fin, por los malayos, los mongoles, los esquimales y varios grupos de indios americanos. Al color de la piel se añaden diversos caracteres morfológicos y fisiológicos –a la postre, bioquímicos–, que sería impertinente estudiar aquí. Otro tanto debo decir en lo tocante al origen de las razas. Baste consignar que en él han debido tener parte la genética y la ecología, la mutación intraespecífica del genoma –sobre la cual tan sutilmente empieza a informarnos la genética molecular– y la varia influencia del medio.

Más delicado es el problema de la diferenciación psíquica de las distintas razas. ¿Tiene cada grupo de ellas un psiquismo propio? ¿Hay, como el lenguaje popular y cierta literatura parecen indicar, un «alma blanca», un «alma negra», una «psicología amarilla», etc.? No es fácil dar respuesta científica a tal interrogación. Ante todo, porque la inteligencia, la imaginación, la inventiva, la industriosidad, el talento artístico, etc., son momentos de la vida humana difíciles de medir y comparar, por muy útiles que respecto de ellos sean los diversos «tests» hoy en uso. Y, por otra parte, porque la modulación y el rendimiento de cada una de esas capacidades se hallan poderosamente condicionados

por la educación, y en consecuencia por la situación histórica y social del sujeto. Cabe decir, es cierto, que la invención de la ciencia y la filosofía *stricto sensu*, la técnica moderna y la racionalización de la vida social y política, han sido obra casi exclusiva de los pueblos indoeuropeos, desde la Grecia antigua al Occidente actual; pero a continuación debe añadirse que los japoneses hacen hoy ciencia y técnica de vanguardia, y que de la India han salido científicos en número suficiente para que varios de ellos hayan obtenido el Premio Nobel. Cabe asimismo afirmar que los negros han sido los inventores de cierta música y ciertas danzas; mas no sin advertir acto seguido que los blancos pronto supieron hacerlas suyas y han destacado en ellas. Todo lo cual nos impele a considerar el problema de la tipificación racial desde un punto de vista en el que se integren la peculiaridad psicoorgánica, la sociedad y la cultura.

b. *Raza, sociedad y cultura*

Qué pueda diferenciar típicamente al negro del blanco, al blanco del amarillo, al amarillo del negro, etc., allende los obvios caracteres somáticos de cada uno de ellos, es un problema que sólo es posible resolver mediante la simultánea consideración de tres parámetros: *peculiaridad racial, medio geográfico-social* y *situación histórica*.

En tanto que modo psicoorgánico de ser hombre, el hecho de pertenecer a determinada raza o subespecie, como va siendo hábito decir, no pasa de imprimir en la conducta ciertas *tendencias* más o menos acusadas y eficaces. Pese a la impresionante semejanza en la biografía de ciertos gemelos univitelinos –recuérdense, entre otros, los estudiados en el libro *Verbrechen als Schicksal*, «Crimen como sino», del psiquiatra J. Lange–, ése es el modo de la eficacia que la constitución génica ejerce sobre la conducta humana. Lo que en el caso de la herencia patológica bien especificada, en la corea de Huntington, por ejemplo, es «repetición factual», no pasa de ser «tendencia» en el caso del comportamiento. Fenotipizadas por la acción del medio físico y social, las tendencias ínsitas en el genotipo racial se realizan y expresan en creaciones históricas, importantes unas veces, minúsculas otras, que los demás hombres pueden luego copiar y hacer suyas. Los griegos de la costa jónica, y a continuación los griegos insulares y peninsulares, sobre todo los establecidos junto al mar Egeo, crearon la mentalidad filosófica, científica y política que luego, tras muy considerables enriquecimientos e innovaciones, hemos acabado llamando «europea» y «occidental». ¿Por qué? Indudablemente, por obra de la conjunción de tres momentos causales: uno étnico, la índole indoeuropea de los agonistas de esa creación; otro geofísico, la peculiaridad de las costas y las islas del Egeo; otro, en fin, histórico-social, la condición colonial de la vida de los ribereños jónicos, que les forzaba a realizar su existencia y su convivencia de griegos desde el «punto cero» en que les había puesto la emigración hacia parajes no habitados y en casi inmediato contacto con el amenazador mundo persa. *Mutatis mutandis*, otro tanto cabría decir acerca de lo que los distintos grupos raciales creadora o imitativamente han hecho en el curso de su historia.

Las tendencias biológico-constitucionales de cada individuo –raciales, en este caso– se actualizan en primer término de manera social, la propia del grupo humano que la raza en cuestión haya creado por sí misma o la que en virtud de tal o cual vicisitud histórica –un solo ejemplo: la importación y la subsiguiente esclavitud de colectividades negras en varios países americanos– sirva de marco obligado a la vida de ese grupo racial. En tales casos, tres instancias, el *status* impuesto a la raza por la sociedad envolvente y dominante, la educación que en el seno de ésta reciba la colectividad étnica dominada y la mayor o menor extensión del mestizaje, determinarán el modo como dichas tendencias se manifiesten. Paradigmáticamente, tal ha sido y está siendo el destino cultural de la minoría negra residente en los Estados Unidos.

Con el relieve y la influencia que sea, la obra de una sociedad tiene siempre carácter histórico; si se quiere, histórico-cultural. Habitual u ocasionalmente, como conjunto de hábitos más o menos estables o como coyuntura más o *menos nueva e imprevista, la situación histórica es la tercera de las grandes* instancias que orientan la expresión fenotípica y cultural de las tendencias psicoorgánicas de un grupo racial; unas veces en virtud de decisiones autónomamente tomadas por él, así se inició la occidentalización del Japón en la segunda mitad del siglo XIX, y otras por obra de instancias y presiones impuestas desde fuera, como ha sido el caso en la colonización de tantos pueblos americanos, africanos y asiáticos. Constitución biológica, medio geográfico, mundo social, situación histórica y respuesta acomodativa o creadora a las exigencias de la geografía, la sociedad y la historia, tales son, en suma, los momentos que determinan la contribución de las distintas razas a la cultura universal. Compruébelo el lector examinando por su cuenta la obra cultural de toda una raza o de un grupo racial bien determinado.

El creciente carácter planetario que la vida del hombre está adquiriendo desde hace más de un siglo –bajo la diversidad de razas y naciones, ¿cuánto no tienen hoy de común, en toda la extensión del orbe, la ciencia, la técnica, la educación, la administración pública y las formas de la actividad política y económica?– da lugar a una también creciente homogeneización de las razas y los pueblos. Algunos autores, como el filósofo José Vasconcelos, han pensado que en el curso de los próximos siglos se irá produciendo sobre el planeta la unificación de las distintas razas actuales en una más o menos uniforme «raza cósmica»; pero aunque no se llegue a tal extremo, esa homogeneización de la cultura universal va a continuar progresando. Cada grupo a su modo y en su medida, blancos, amarillos, hindúes y negros aportarán sus creaciones a la cada vez más común obra de la humanidad. ¿Qué se pensará entonces de los «caracteres raciales»? Tal vez lo que desiderativa y programáticamente ha escrito el genetista R. C. King: «Los hombres no deben juzgarse por los éxitos de sus antepasados, ni por los conceptos estereotipados y llenos de prejuicios respecto a la raza en que han nacido, sino por sus propias realizaciones. La gran sociedad del futuro será aquella que no impida a nadie utilizar sus potencialidades genéticas y que dé a los hombres de todos los fenotipos igual protección ante la ley».

Entre tanto, algo parece seguro: que así psicoorgánica como socialmente, la condición étnica tiene cierta influencia sobre el hecho y el modo de enfermar. Necesariamente habrá que tenerlo en cuenta en páginas ulteriores.

II. LA TIPIFICACION SOCIAL E HISTORICA

No sólo por su condición psicoorgánica –es decir, por su edad, su sexo, su biotipo y su raza– difieren típicamente entre sí los individuos de la especie humana; también por su modo de vivir socialmente, por el país donde se han formado y residen y por la época o la situación histórica en que existen. Puesto que todo ello influye en mayor o menor medida sobre el modo y el hecho de enfermar, estudiemos sumariamente cómo la realidad humana se tipifica por obra de tales instancias.

1. La tipificación social

Desde que la sociología, con Augusto Comte, nació como ciencia independiente –de manera precientífica y empírica, desde antes–, sucesivamente han sido discernidos modos del comportamiento humano dependientes del grupo social a que el individuo pertenece. El hecho de nacer y formarse en un grupo social crea, en efecto, hábitos de segunda naturaleza, no sólo tocantes a la actuación en el mundo, como el modo de hablar o de saludarse, también relativos a la configuración y el contenido del psiquismo; y en cuanto que psique y organismo son dos subsistemas de una misma realidad, la persona humana, también en alguna medida concernientes a lo que en la realidad personal tiene carácter orgánico. La condición específicamente social del hombre, el hecho de ser *zôon politikón* o *animal civile*, se realiza tipificándose en los distintos modos de serlo. Muchos modos típicos pueden ser distinguidos, por tanto, en la socialización del hombre; pero los más importantes, a mi juicio, son los que pueden discernirse según dos principales puntos de vista: la contextura de la sociedad misma y la disposición del sujeto –en último término: de la persona– ante su necesaria incardinación en el grupo social de que es parte.

a. *Estructura de la sociedad*

Es ya tópico entre sociólogos distinguir entre el *status* y el *rol* del individuo en la sociedad. El término *status* alude ahora al puesto y al nivel de la actividad social del individuo en cuestión; el término *rol*, a la función que en aquélla desempeña. Pero si conceptualmente pueden ser deslindados uno y otro, en la realidad tienen que ser poco o mucho intersecantes: algo funcional hay siempre en el *status* y algo situacional en el *rol*.

La determinación más importante del *status* social de un individuo es la *clase*. Paulatinamente introducidas por varios autores, desde que la «cuestión

social» surge en Europa, las nociones de «clase» y de «conciencia de clase» desempeñarán un papel de primer orden en el movimiento obrero del siglo XIX y arraigarán de modo firme tanto en la consideración técnica como en la consideración profana de la sociedad. Expresiones como «clases altas», «clase media» y «clases bajas», «clase proletaria» y «clase burguesa», «clases menesterosas» y «clases acomodadas», se han hecho tópicas desde hace ciento cincuenta años, y la discusión en torno a la «lucha de clases» –si existe espontáneamente o no en una sociedad «sana», si, en el caso de existir, puede revestir formas diversas y cuáles sean éstas, si puede o no puede llegarse a una sociedad sin clases– ha consumido pasión y papel en enormes cantidades. Haya de ser o no ser ortodoxamente marxista el modo de entenderla, yo pienso que la lucha de clases es una constante realidad social, y que bajo el nombre de «clase» o bajo otro cualquiera, una diferencia de niveles sociales, con la consiguiente acuñación de los modos de ser hombre a ella inherente –imperantes e imperados, privilegiados y hombres de la calle, planificadores y planificados, etc.– existirá siempre. Por el momento, basta examinar con alguna atención lo que internamente es la sociedad en la Unión Soviética y lo que realmente acontece en el seno de las sociedades más prósperas y al parecer menos conflictivas.

De la clase en que uno se haya formado y vive, puede, desde luego, salirse, especialmente en los países social y económicamente fluidos. Más aún cabe decir: así en las sociedades capitalistas como en las socialistas, uno de los rasgos del progreso social consiste en el incremento de tal fluidez, y así lo viene demostrando –por lo menos, en los países capitalistas– la historia de nuestro siglo. Pero en tanto en cuanto se pertenece a una clase determinada, ésta crea hábitos vitales en la doble dirección antes señalada, y de alguna manera influye en el hecho y en el modo de enfermar. Con cuantas salvedades se quiera, la «patología de las clases sociales» debe ser uno de los temas de la patología humana, si ésta aspira realmente a serlo.

Las dos más importantes concreciones del *rol* social de una persona son la *familia* y la *profesión*. El hecho de pertenecer habitualmente a una familia o el hábito de vivir solo, el puesto que en ella se ocupe, en el primero de estos dos casos –dentro, como es obvio, de lo que la institución familiar sea en la sociedad a que se pertenezca–, tipifican de modo notorio la vida personal. Y con la familia, la *profesión*. Uno es en cierta medida lo que su profesión le hace ser, y lo es en cuanto que ella crea hábitos sociales y psíquicos –a la postre psicoorgánicos– en la persona que la practica. Hay, pues, una «patología de las profesiones», y el advertirlo fue señalado mérito de Ramazzini, el autor de *De morbis artificum*. El problema descubierto por Ramazzini se hizo más y más acuciante apenas iniciada la Revolución Industrial, con la obra sucesiva de una serie de médicos: Turner Thackrah, Villermé, Chadwick, Salomon, Grotjahn, Teleky, etc.; pero, como veremos más adelante, una visión formalmente antropológica de su planteamiento debe situar en un nivel científicamente superior las exigencias, los resultados y los métodos de este importante capítulo de la patología social.

b. *Incardinación en el grupo social*

Varía también el tipo social del hombre, antes lo indiqué, con el modo de su incardinación en el grupo a que pertenece y, a través de éste, en el todo de la sociedad. Con un propósito más antropológico que sociológico, Bergson distinguió entre un *homme clos*, el hombre cerradamente vertido hacia sus intereses y fines, y un *homme ouvert*, el propenso a la apertura hacia los demás. El burgués –léanse los análisis de Sombart, Scheler, Vierkandt, etc.– habría sido la realización arquetípica del primero de esos dos modos de vivir en sociedad.

Algo coincide con esa dicotomía y algo se separa de ella la que el sociólogo americano D. Riesman estableció hace pocos años entre el «hombre intradirigido» o «autodirigido» *(inner-directed man)*, aquel que para hacer su vida en sociedad sólo a sus personales estimaciones y decisiones quiere atenerse, y el «hombre heterodirigido» *(other-directed man)*, cuya conducta social depende en primer término de los otros hombres. Se trata, por supuesto, de «tipos ideales», según la terminología de Max Weber, que de hecho nunca llegan a realizarse en toda su pureza. El puritano de Nueva Inglaterra sería la más acabada realización del primero de esos modos típicos de convivir. Salta a la vista la semejanza entre los dos tipos de Riesman y el «introvertido» y el «extravertido» de la tan conocida tipología psicológica de Jung; aun cuando la extraversión yunguiana vaya más bien de dentro a fuera (el extravertido se vierte hacia lo que no es él) y la heterodirección riesmaniana venga al individuo desde los otros (al heterodirigido le orientan los demás). Veremos más adelante cómo estos sociales –psicosociales– modos de ser del hombre se hacen patentes en el hecho y el modo de enfermar.

2. La tipificación histórica

Desde que la historia escrita, sin dejar de ser relato, se hizo también intelección reflexiva y comprensiva, expresiones como «el hombre medieval», «el hombre del Renacimiento», «el hombre romántico», etc., se han hecho frecuentes en la producción historiográfica y literaria. Alguna cautela hay que poner, desde luego, en la aceptación y en el empleo de tales denominaciones. Siendo ambos «hombres medievales», ¿hasta qué punto pueden ser entre sí equiparados un señor feudal del siglo XI y un comerciante florentino o flamenco del siglo XIV? Pero hechas las oportunas salvedades, comenzando, desde luego, por las que el gran cajón de sastre de la Edad Media tan imperiosamente exige, es indudable que la pertenencia a una misma situación histórica impone cierto parecido –cierto modo de ser– a las vidas humanas.

La idea de *situación* ha tomado carta de naturaleza en el pensamiento de los siglos XIX y XX; así en Kierkegaard, Ortega, Heidegger, Jaspers, Zubiri, Sartre, Dewey, Nicol, Marías y en no pocos más. «La situación –escribe Zubiri– no es algo añadido al hombre y a las cosas, sino la radical condición para que pueda haber cosas para el hombre, y para que aquéllas descubran a éste sus poten-

cias y le ofrezcan sus posibilidades.» Quien vive históricamente, por necesidad vive «en situación». Ahora bien: la situación, y con ella los parecidos de orden histórico entre los individuos humanos, puede adoptar modos que difieren entre sí tanto por su contenido como por su extensión. Cinco parecen ser los más importantes: el área cultural, la época, la mentalidad, la nación y la generación.

a. *El área cultural*

Además de su obvia significación espacial, la palabra «área» tiene en la expresión *área cultural* un notorio sentido histórico. El «área cultural del vaso campaniforme» es, por supuesto, la zona geográfica en que el vaso campaniforme fue construido, mas también lo que dentro de esa zona aconteció mientras en el vaso campaniforme tuvo ella su obra distintiva. En su acepción cultural, «Occidente» es tanto el conjunto de Europa y América como la cambiante historia de lo que en «Occidente» han hecho y vienen haciendo sus hombres, desde que la unidad cultural de Europa y América quedó constituida.

Dos problemas principales plantea la adopción de este concepto, a un tiempo historiográfico y antropológico. 1.º Admitiendo que la cultura *stricto sensu* «occidental» se iniciase durante los siglos XVI y XVII, ¿qué tienen de común los «occidentales» de esos siglos y los del nuestro? 2.º En un determinado momento histórico –por ejemplo, el año en que escribo–, ¿en qué se parecen entre sí los «occidentales» de Francia, Polonia, los Estados Unidos y la República Argentina? Naturalmente, no puedo entrar ahora en la formulación de una respuesta precisa a esas dos interrogaciones. Debo no obstante decir que a mi juicio la tienen, y positiva: algo hay de común en los «occidentales» del siglo XVII y del siglo XX, y en algo se parecen hoy entre sí los de Francia, Polonia, los Estados Unidos y la República Argentina. En consecuencia, hechas las reducciones que la multiforme realidad imponga, cabe afirmar que dentro del área cultural «Occidente» –y dentro de todas– existen hábitos operativos, estimativos y mentales comunes a una grandísima parte de los hombres que en ella han vivido y viven. Con otras palabras, que el área cultural determina y define un modo de ser hombre estadísticamente frecuente en su ámbito geográfico. Nuestro problema es: ¿pueden, deben tener alguna proyección en la patología esta realidad y este concepto? Algo habrá que decir acerca del tema.

b. *La época*

Más evidente y más tópica es la noción de *época*, en su estricto sentido historiográfico: el Renacimiento o el Romanticismo, épocas de la historia europea; el siglo de Pericles, época de la historia de la Grecia antigua, y así tantas más.

Acéptese o no se acepte la tipificación psicohistórica de Burckhardt, en algo se asemejaron entre sí, cualquiera que fuese su nacionalidad, los hombres del Renacimiento europeo, y a la formalidad y al contenido de sus hábitos operativos, estimativos y mentales –con la salvedad antes indicada: el carácter estadístico del aserto, la ineludible posibilidad de la excepción– debe ser referida

tal semejanza. ¿Con alguna consecuencia notoria, en cuanto al hecho y al modo del enfermar? La respuesta tiene que ser afirmativa.

c. *La mentalidad*

Con precisión y consecuencia diversas, la idea de *mentalidad* es frecuentemente usada en la historiología y la historiografía actuales. En España, el filósofo X. Zubiri y el historiador J. A. Maravall se han distinguido a este respecto. Ser burgués, por ejemplo, es una mentalidad que puede manifestarse en épocas y países distintos; hubo burgueses medievales, burgueses renacentistas y burgueses románticos, como los hay franceses, suecos y norteamericanos. Otro tanto habría que decir de la mentalidad puritana, tomada esta palabra en un sentido amplio, o de la mentalidad liberal. Debe haber, pues, una historia de las mentalidades, como la hay de las naciones, los pueblos, las culturas y las épocas.

¿Qué es, según esto, una mentalidad? He aquí mi fórmula: un modo de pensar, sentir, estimar y actuar ante las cuestiones fundamentales de la vida histórica y social –sentido y dedicación de la existencia humana, valor de las cosas que el hombre conoce, hace y maneja, estimación de los diversos órdenes de la acción, modos de la convivencia, etc.– vigente en grupos social e históricamente muy amplios y más o menos clara, distinta y sistemáticamente vivido por cada una de las personas a que afecta. En páginas ulteriores estudiaremos, siquiera sea sucintamente, cómo la mentalidad se manifiesta en la configuración de los procesos morbosos.

d. *La nación*

En su acepción histórica y política, la idea de *nación* es reciente. Si por vez primera la expresó el *Vive la nation!* de los republicanos franceses en la batalla de Valmy, o si larvadamente existía ya antes de la Revolución Francesa, como la historiografía reciente afirma, no es problema que deba ocuparnos aquí. Renan definió la nación como «un plebiscito cotidiano», y Ortega, más preciso, como «un sugestivo proyecto de vida en común». Aludiendo a la sacralización del sentimiento nacional durante el siglo XIX, Ziegler escribió que a partir de la Revolución Francesa se produjo en Europa un «politeísmo de naciones»; por sus naciones respectivas han sufrido o han muerto, en efecto, millones y millones de hombres. La actual crisis histórica, ¿afecta también a la vigencia de la idea nacional?

Sea cualquiera la respuesta a este haz de nociones y cuestiones, y volviendo a la bella fórmula orteguiana, lo que sí me importa subrayar es que la tácita y cotidiana aceptación del sugestivo proyecto de vida en común que es la nación, supone y crea en los ciudadanos de cada una de ellas un conjunto de hábitos estimativos, mentales y operativos, tocantes a la entidad histórica y social de su nación respectiva –la conciencia tácita o expresa de «ser español», «ser francés», etc.– y determinantes del peculiar modo de ser hombre que cada

una de estas expresiones designa. Modo de ser que no consiste en el cuasi-sustancial «espíritu del pueblo» o *Volksgeist* de que hablaron los románticos alemanes, sino, como acabo de decir, en un conjunto de hábitos de segunda naturaleza, y que por consiguiente puede ser adquirido, variar considerablemente e incluso perderse por completo en el curso de la historia. «Vividura», le llamó A. Castro en su análisis de la realidad histórica de España.

Nuestro problema es: tal idea de la nación, ¿debe o no debe tener puesto en una antropología médica? En cuanto que españoles, franceses o ingleses, ¿enferman igual los ciudadanos de España, Francia e Inglaterra? ¿Influye de algún modo la nacionalidad en el hecho y en la configuración del enfermar humano? Acaso no mucho y acaso no esencialmente, salvo en las afecciones netamente neuróticas, y tal vez en las psicóticas; pero cuando se escriban tratados de patología desde un punto de vista formalmente planetario, tal vez la «patología de las naciones» haya de ser uno de sus capítulos.

e. *La generación*

Con el área cultural, la época, la mentalidad y la nación, la *generación* es el quinto y último de los modos principales en que la situación histórica se concreta.

Con un sentido resuelta y conscientemente historiológico e historiográfico, la idea de «generación» se ha abierto paso en el pensamiento de nuestro siglo. La historia de tal proceso no es de este lugar; quien desee conocerla, vea mi libro *Las generaciones en la historia* y el de J. Marías *El método histórico de las generaciones.*

Partiendo de ideas de Ortega, Marías ha elaborado muy amplia y sistemáticamente tanto el concepto orteguiano de generación como el modo de su aplicación a la historiografía. Para Ortega y Marías, la generación es la unidad elemental del cambio histórico. Aproximadamente cada quince años, «zona de fechas» de cada generación, se produce una mutación cualitativa en el acontecer histórico; mutación que en principio afecta a la vida de una nación, pero que puede extenderse a varias naciones de una misma área cultural, y que así lo ha hecho, al menos en el ámbito europeo, e incluso en el euroamericano, a medida que la comunicación entre sus países ha sido más frecuente e intensa. La consecuencia es un cambio de contenido o de estilo más o menos acusado en la vida histórica y social del país o los países en cuestión –en su «mundo»–, muy especialmente visible en sus *élites* intelectuales, literarias, artísticas y políticas. La «generación del 98» y, quince años después, la «generación de Ortega» –designada ésta por el nombre del más ilustre de sus miembros– son dos bien caracterizados ejemplos españoles.

Aceptando, por supuesto, la realidad histórica de la generación, pienso que el lapso temporal entre ellas, sobre todo en épocas de crisis y cuando ésta es duradera –es decir: cuando los hombres se ven obligados a inventar con frecuencia nuevos modos de vivir, porque pronto todos ellos se muestran ineficaces– puede hacerse bastante menor de quince años; y creo que, por obra de

tales o cuales circunstancias biográficas, pueden ser miembros de una generación personas no estrictamente pertenecientes a su «zona de fechas». Considero, por otra parte, que es posible y conveniente discernir los varios modos típicos con que las generaciones pueden surgir a la vida histórica. Tres son, a mi modo de ver, los principales: las «generaciones convencionales» (aquellas que el historiador distingue cuando es llano y sosegado el curso de la historia por él contemplada), las «generaciones sobrevenidas» (las consecutivas a un evento importante e inesperado: así las que suscitó en Europa la resonancia de la Revolución Francesa; así, en España, la que determinó la rápida pérdida de vigencia de la vida político-social nacida con la Restauración, proceso que culmina en el desastre de 1898) y las «generaciones planeadas» (las promovidas por una «llamada a la toma de conciencia y al cambio», emanada de un hombre o un grupo de hombres; por ejemplo, la que en Alemania engendraron los *Discursos a la nación alemana*, de Fichte). En el libro antes mencionado –en el cual hoy considero poco fundadas algunas de las críticas a la doctrina orteguiana de la generación– pueden leerse pormenores y desarrollos que aquí serían impertinentes.

En cualquier caso, el conjunto de los hábitos estimativos, mentales y operativos que constituyen la esencia y la novedad de las generaciones históricas apenas tiene importancia para la patología humana y la antropología médica. Con el relieve que sea, una «patología diferencial de las naciones», una «patología diferencial de las mentalidades» y, por supuesto, una «patología diferencial de las épocas» –el estudio metódico de las diferencias en el hecho y en el modo de enfermar, según la nación, la mentalidad y la época a que pertenece el enfermo–, tiene su razón de ser; una «patología diferencial de las generaciones», en cambio, sólo en contadísimos, excepcionales casos sería posible esbozarla.

PARTE II

SALUD Y ENFERMEDAD

Con su compleja estructura psicoorgánica, la realidad del hombre se nos ha mostrado totalizada en una biografía y resuelta en las unidades cronológicas y vitales que delimitan los cambios de estado: lapsos de vida más o menos largos, nunca de una duración superior a algunas horas –el estado vital que llamamos sueño es el más largo de todos ellos, si no se cuentan los estados de coma artificialmente prolongados–, en los que el contenido del vivir se mantiene en una situación más o menos uniforme: leer, escribir, comer, escuchar una lección o un concierto, contemplar un paisaje. No parece inadecuado llamar *ocasionales* a tales estados de la vida: son, en efecto, las múltiples y pasajeras ocasiones en que, partiendo de la decisión y la vivencia que les da origen, vamos construyendo nuestra personalidad.

Junto a los estados ocasionales de la vida existen otros, a los que conviene el nombre de *habituales:* hábitos del vivir más o menos dilatados, en los que se inscriben las siempre más breves y cambiantes actividades de aquéllos. El vivir soltero o casado, la condición sacerdotal son, hasta en el lenguaje coloquial, estados habituales de la vida humana; o la riqueza y la pobreza; o la jubilación administrativa; o la suciedad, en los sujetos habitualmente sucios: «No sé cómo pueden vivir en ese estado», se dice de ellos; o el embarazo; o el «estado de necesidad» y el «estado de guerra», en cuanto que vividos por una persona o un país determinados; o, en fin, los dos que más directamente interesan al médico, la salud y la enfermedad.

La tendencia a la dicotomía y a la aplicación irreflexiva o precipitada del principio lógico del tercio excluso, tan fuertes en el pensamiento occidental, han hecho a veces malentender la expresión «estado de enfermedad», como si éste no fuese, según su más inmediato y obvio sentido, el modo de vivir propio de quien está enfermo. Se contrapone el término «proceso» al término «estado», se concibe a éste como un mero «estar estático» y se concluye que la enfermedad, como reacción vital que es, tiene que ser proceso y no puede ser estado. Como si no hubiese «estados» a lo largo de los cuales acontecen «pro-

cesos». Así el «estado de guerra», en el que pueden darse batallas y retiradas a los cuarteles de invierno. O la soltería, en tanto que «estado civil», tan llena, a veces, de las más agitadas vicisitudes dinámicas. O el «estado gaseoso» y el «estado líquido», dentro de los cuales tantas mudanzas procesuales pueden acontecer. O, viniendo a lo nuestro, el «estado de enfermedad», que dura desde que el sujeto afecto cae enfermo hasta que recobra la salud y de nuevo está sano –si es que tras la enfermedad llega a estarlo–, y en cuyo curso hay, por supuesto, procesos, recesos y estabilizaciones; que es un «estado procesual», por tanto. Estado de salud y estado de enfermedad: los modos de vivir respectivamente correspondientes al «estar sano» y al «estar enfermo». Que el «estar enfermo» sea a la vez estado y proceso, como la vida misma de quien está vivo, no impide llamar «estado de enfermedad» a un modo de vivir que dura en el tiempo y que cualitativamente, no sólo cuantitativamente, se distingue tanto del estado vital que le precede como del que le sigue. En cuanto que reacción y respuesta más o menos vivas, la enfermedad es, por supuesto, proceso; pero la vida del sujeto a lo largo de ese proceso es a la vez un genuino estado vital, el «estado de enfermedad».

La segunda parte del libro va a ser dedicada al estudio del estado de salud y del estado de enfermedad, desde el punto de vista que en primer término importa a la antropología médica. ¿Qué es el hombre, en cuanto que sujeto personal sano, y por tanto enfermable? ¿Qué es el hombre, en cuanto que sujeto personal enfermo, y por tanto sanable y mortal? Y dentro de cada una de estas dos interrogaciones, ¿qué son la salud y la enfermedad, en cuanto que respectivos estados habituales en la vida del hombre sano y del hombre enfermo? Pregunta ésta cuya respuesta establece el tránsito ascendente de la antropología médica hacia la patología general.

En cinco capítulos serán expuestas las precedentes cuestiones: I. Antropología de la salud. II. La enfermedad como problema antropológico. III. La nosogénesis. IV. La configuración del cuadro morboso. V. Física y metafísica de la enfermedad.

CAPITULO 1

Antropología de la salud

Por completo inseparables entre sí, dos interrogaciones se adelantan: ¿cuándo afirmamos técnicamente que un hombre está sano?; ¿en qué consiste la salud, como estado habitual del hombre que está sano?

Del estar sano y de la salud podría decirse algo semejante a lo que del tiempo dice la famosa sentencia de San Agustín: «Si no me preguntan por lo que es, sé lo que es; si me preguntan por lo que es, no sé lo que es». En efecto, las expresiones «Ahora estoy (o me encuentro) sano» o «Fulano tiene una salud de hierro» son pronunciadas en nuestra vida coloquial del modo más natural y aproblemático, como si el conocimiento subjetivo y objetivo de la salud –la mía en el primer caso, la de otro hombre en el segundo– fuese tan directo e intuitivo como el de saber que uno está alegre o que luce el sol. Pero si seriamente nos preguntamos por las razones de nuestro juicio, seguramente nos veremos en cierta perplejidad, aunque sea médico el que hablando de sí mismo o de otro haya de darlas. Porque, bien examinadas esas razones, ¿podremos realmente decir que para la certidumbre y la seguridad del juicio emitido sean a la vez necesarias y suficientes?

I. LA DEFINICION DE LA OMS

Como para no ser tildada de cicatera o pusilánime, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso hace años una definición que desde entonces ha corrido como canónica por todos los países: «La salud (del hombre) es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad». Hermoso *desideratum*. Pero más que definición de un estado de la vida real del hombre, ¿no son acaso esas palabras la formulación de una falsedad y la proclamación de una utopía?

En primer término, la formulación de una falsedad. Si durante algún tiempo me veo obligado a residir en un lugar excesivamente cálido o excesivamen-

te fétido, mi malestar físico será evidente. ¿Podré decir, sin embargo, que no estoy sano? No menos evidente es el malestar social de los que sufren en sí mismos las consecuencias de vivir en una sociedad social y políticamente injusta, o el malestar mental del examinando que ante el profesor no acierta a resolver el problema que le han propuesto. Del obrero injustamente tratado y del examinando en apuros, ¿me será lícito afirmar, sólo por eso, que no están sanos?

Por otra parte, la proclamación de una utopía. Una vida humana en que el malestar físico, social y mental haya sido totalmente eliminado –y *a fortiori* una sociedad entera– son, sin duda, metas a las que es posible aproximarse, más aún, a las que es deber aproximarse con empeño; pero no parece que tal aproximación, ni siquiera suponiéndola creciente, acabe siendo real y efectiva llegada. Léase lo que de la sociedad norteamericana dicen los novelistas y narradores de la *lost generation* o los dramas de Arthur Miller y de Edward Albee, y dígase cuántos hombres sanos hay en ella, si nos decidimos a aplicar metódicamente los criterios de la OMS. No: Sangri-la es y será siempre un país utópico, no un país real.

Para resolver el problema de saber cuándo un hombre está sano, es necesario apurar el análisis y recurrir a criterios más próximos a la verdadera realidad de nuestra vida y, por supuesto, al real proceder del médico.

II. EL «ESTAR SANO» EN LA HISTORIA

Algo nos ayudará en ese empeño un breve examen sinóptico de los distintos modos como el «estar sano» ha sido entendido a lo largo de la historia.

Los filósofos medievales distinguieron en la realidad del hombre dos momentos constitutivos: la *natura ut quo*, aquello por lo que se es, el conjunto y el fundamento de las operaciones en que el ser del hombre se realiza físicamente (su *naturaleza*), y el *suppositum ut quod*, aquello que se es, el supuesto y principio de los actos libres e inteligentes que le constituyen como ser personal (su *persona*). Si yo digiero, siento y pienso, es porque la capacidad, la necesidad y la operación de digerir, sentir y pensar pertenecen a mi «naturaleza»; que yo digiera, sienta y piense esto o lo otro, es cosa dependiente del «supuesto» o «centro personal» que libremente rige y orienta las operaciones de esa naturaleza mía.

Pues bien: aceptando a título de esquema ordenador esa distinción, sin entrar, por tanto, en la discusión del arduo problema metafísico que plantea la conjunción de la naturaleza y la persona en la realidad del hombre, resulta claro que en la historia de la antropología occidental pueden ser deslindadas dos líneas cardinales: la de aquellos para quienes el hombre es todo y sólo naturaleza, el naturalismo antropológico, y la de aquellos otros para quienes el hombre es una realidad a la vez natural y personal, el personalismo antropológico. Líneas u orientaciones a las que corresponden otros tantos modos contrapuestos –o acaso complementarios– de entender lo que sea «estar sano».

1. Concepciones naturalistas de la salud

Para los secuaces del puro naturalismo antropológico, la realidad del hombre se agotaría en sus operaciones físicas. La mirada del antropólogo es entonces ciega para la intimidad personal del sujeto, o ésta es a lo sumo considerada simple epifenómeno de la naturaleza humana. La libertad, la responsabilidad y la moralidad son vistas como simples propiedades y afecciones de una naturaleza humana cósmicamente concebida; de lo cual se desprende que la libertad, la responsabilidad y la moralidad pertenecen constitutiva y totalmente, tanto en el orden metafísico como en el psicológico, a los dos estados de la naturaleza humana que llamamos salud y enfermedad. El ejercicio maligno de la libertad sería una actividad fenoménicamente distinta de la fiebre y el vómito, pero metafísicamente equiparable a una y otro. La «buena voluntad», a su vez, pertenecería por esencia a la «buena salud» tanto como los sentimientos de bienestar somático.

Ahora bien, esta idea naturalista de la salud humana se ha realizado históricamente con arreglo a los dos cánones de la perfección que solemos denominar clásico y romántico. Veamos cómo.

a. *Idea naturalista y clásica*

La mentalidad *naturalista y clásica* ha concebido a la salud como normalidad, equilibrio y armonía. La *isonomía* o «igualdad de derechos» de las potencias de que habló Alcmeón de Crotona, primera concepción científico-natural de la salud del hombre, es tal vez el ejemplo más antiguo, puro y sencillo de una concepción a un tiempo naturalista y clásica de la higidez humana. Está sano, según Alcmeón, el hombre en cuya naturaleza se hallan armoniosamente equilibradas entre sí las diversas contraposiciones *(enantiôseis)* que forman lo caliente y lo frío, lo húmedo y lo seco, lo dulce y lo amargo, y las restantes «potencias» *(dynámeis)* de la naturaleza animal. Igual significación antropológica que la *isonomía* de Alcmeón tiene la *eukrasía* o «buena mezcla» de que hablan los escritos hipocráticos de orientación humoralista; aunque en este caso el equilibrio sea referido, más que a las «potencias», «cualidades» o «propiedades» naturales (lo caliente, lo frío, etc.), a los «humores» que materialmente las soportan. Durante más de veinte siglos, los médicos de Occidente seguirán concibiendo la salud –la perfección natural– como la recta y armónica complexión de los humores del individuo.

Platón pretende moverse «más allá» de Hipócrates (*Fedro*, 270c), y en efecto lo hace, porque considera que sin el buen orden del alma –la *sôphrosýnê*– no es posible la salud del hombre; virtud, salud y *sôphrosýnê* constituyen un complejo unitario, viene a decirnos un bello texto del *Filebo* (63e). Sin *emmetría*, «buena proporción» o «buen orden» entre los diversos componentes del alma (creencias, impulsos, sentimientos, saberes) no sería posible la salud del individuo humano. Pero moviéndose «más allá» de Hipócrates, Platón, el Platón del *Filebo*, se limita a completar con el buen orden anímico –el alma, componente

asomático de la naturaleza humana– la idea alcmeónica e hipocrática de la salud. Esta es, en definitiva, equilibrio, armonía, recta y bien mesurada proporción. No sería difícil mostrar que también en Aristóteles hay una estrecha relación entre la idea de la salud y la doctrina ética del «justo medio» *(mesotês)*, según la cual la virtud sería un hábito operativo bien centrado entre los extremos viciosos, desmesurados, del exceso y el defecto (*Eth. Nic.* II, 9, 1109 a 20).

Si la concepción naturalista de la realidad del hombre es pura y consecuente, se terminará afirmando que la libertad, la responsabilidad y la moralidad deben quedar subsumidas en la idea de salud, y en consecuencia que los desórdenes morales de la vida humana son a la postre desórdenes humorales más o menos morbosos. Con toda convicción lo proclamará Galeno en dos escritos antes mencionados, *Quod animi mores corporis temperamenta sequantur* y *De cuiuslibet animi peccatorum dignotione et medela*. «Cuantos piensan que los hombres son capaces de virtud, como los que piensan que ningún hombre podría ser justo por propia elección –dice el primero–..., no han visto sino la mitad de la naturaleza del hombre. Los hombres no nacen todos enemigos, ni todos amigos de la justicia; unos y otros llegan a ser lo que son a causa de la complexión humoral *(krásis)* de su cuerpo.» La fiebre y la conducta injusta no serían sino formas distintas, especies de una misma perturbación genérica: el desorden morboso de la crasis humoral, la ruptura patológica de la *eukrasía*. En cuanto que experto en el conocimiento y en la corrección de los desórdenes de la naturaleza humana, el médico es quien en principio debe «tratar» técnicamente la injusticia y la pecaminosidad de los hombres; con entera claridad lo declara así, desde su título mismo, el segundo de esos dos escritos.

El pensamiento arcaico de la antigua Grecia había enseñado que el hombre naturalmente sano y socialmente valioso es a la vez *díkaios* («justo», capaz de proceder con «justeza» o ajustamiento cósmico en sus acciones), *katharós* («limpio» somática y moralmente), *kalós* («bello», de naturaleza interna y externamente armoniosa; eso exige y patentiza su recta pertenencia al *kósmos*, en el sentido originario de esta palabra) y *metríos* («bien medido»). Desde Alcmeón hasta Galeno, el cambiante pensamiento médico griego ha sido un desarrollo de estas profundas convicciones originarias.

No morirá con los griegos la idea naturalista y clásica de la salud. La estequiología fibrilarista de los siglos XVI al XVIII verá la salud en una bien medida tensión de las fibras, entre los extremos morbosos del *status strictus* y el *status laxus*. En conceptos científicos y antropológicos ulteriores, como la «normalidad» de los patólogos mensuradores de los dos últimos siglos y el «centramiento del organismo» de Kurt Goldstein, la noción de la salud como «buena medida» perdurará bajo formas nuevas. Y el radical naturalismo ético de Lombroso en *L'uomo delinquente*, ¿no viene a ser una expresión decimonónica de la «fisiologización» de la moral que a su helénico modo propuso Galeno?

Consciente o no de ese pasado, el médico del siglo XX ve entre sus posibilidades la fabricación de «hombres de buena voluntad». No resisto la tentación de copiar un texto –entre serio e irónico– del biólogo Jean Rostand: «Prolonga-

ción de la existencia, elección del sexo del hijo, fecundación póstuma, generación sin padre, transformación del sexo, embarazo en matraz, modificación de los caracteres orgánicos antes o después del nacimiento, regulación química del humor y del carácter, genio o virtud por encargo...; todo esto aparece desde ahora como hazaña debida o como hazaña posible de la ciencia de mañana». En esa dirección se mueven la neurofisiología, la neurocirugía, la endocrinología, la psicofarmacología y la ingeniería genética de nuestro tiempo.

b. *Idea naturalista y romántica*

Junto a la concepción naturalista y clásica, con frecuencia frente a ella, hállase la idea *naturalista y romántica* de la salud. Designo con este nombre no sólo la actitud anímica que dio fundamento al Romanticismo de la Europa y la América del siglo XIX, también, genéricamente, a la que, sea cualquiera su localización geográfica y su cronología histórica, concibe la perfección del hombre como desequilibrio creador o arrebato perfectivo, y no como proporción equilibrada y armónica. Entendida como simple equilibrio, la normalidad sería vulgaridad o adocenamiento. El individuo humano alcanzaría su máxima perfección exaltándose, haciéndose, en la medida de sus talentos, «sobrenatural», «genial» o «heroico».

Platón –el Platón «romántico»– distingue netamente dos géneros de *manía*: la *manía* morbosa o locura exaltada (*Tim.* 86b) y una *manía* creadora, diversificada en las cuatro especies que él llama profética, teléstica o ritual, poética y erótica (*Fedro*, 244a-265b). Aquélla es enfermedad; esta otra otorga perfección a la naturaleza humana. Frente a la doctrina del *Cármides* y el *Filebo*, según la cual la perfección del hombre es equilibrio y armonía, esas páginas del *Fedro* enseñan claramente que el hombre no puede ser perfecto si no se desequilibra y arrebata. Lo mismo viene a decir Schelling, pese a la enorme distancia entre su antropología y la de Platón. La operación suma de la mente humana, la desvelación de la identidad metafísica de la naturaleza y el espíritu, es para Schelling la obra propia del genio; y sólo siendo «genial» –sólo desequilibrándose en un acto de esforzada creación– lograría el hombre acercarse a la suma perfección de que su naturaleza es capaz.

Para quien así entiende la perfección del hombre, ¿qué será la salud? Dos actitudes parecen posibles. Cabe pensar, en efecto, que la perfección de la naturaleza humana individual exige e incluye la salud, con lo cual ésta vendrá a ser concebida como capacidad para el desequilibrio o la distensión; y así, será llamado «sano» el hombre que pueda distenderse o desequilibrarse, sin alteración morbosa, todo lo que requiere el esforzado arrebato creador que la perfección exige. Cuando en el *Fedón* platónico dice Sócrates que su acuciosa investigación de la realidad le dejó extenuado (*Fed.* 99d), no de otro modo parece entender la salud de su individual naturaleza. Lo mismo vendría a afirmar Nietzsche, éste pensando en el futuro del hombre, con su idea de la salud humana como «naturaleza transfigurada» (*verklärte Physis*). Mas también puede pensarse que la perfección del hombre –el acto genial, en el sistema de

Schelling– no es posible sin que su naturaleza pierda el equilibrio que solemos llamar salud; con otras palabras, sin que ella enferme. La vivencia romántica de la enfermedad (el héroe romántico suele ser un hombre febril y enfermizo; hasta Sherlock Holmes, positivista en sus métodos, romántico en el estilo de su vida, se nos muestra así), la teoría del genio que elaboró el naturalismo posromántico (la tesis antropológica subyacente a la fórmula lombrosiana «genio y locura») y la visión del mutante evolutivo como resultado de un descentramiento perfectivo de virtualidad mutacional (Goldschmidt, J. Rostand) son tres claros ejemplos de esa extremada idea de la relación entre la salud y la perfección.

Mas no sólo en los hombres arrebatados, idealistas y pasionales –«románticos», en el sentido popular del término– opera tal idea. Aristóteles sostiene que sin cierto exceso de melancolía o bilis negra en la *krásis* del individuo –por tanto, sin cierto desequilibrio humoral, sin cierta *dyskrasía*– no sería posible la excelencia humana (*Problem.* 954ab). Y el olímpico y serenísimo Goethe, secuaz esta vez del Estagirita, dirá siglos más tarde:

Conviene al genio de la poesía
este elemento: la melancolía.

La perfección sin desequilibrio, ¿será a la postre una perfección rigurosamente sobrehumana, como la belleza de los ángeles en los poemas de Rilke?

2. Concepciones personalistas de la salud

Desde que el cristianismo se realizó históricamente, nunca la filosofía occidental ha dejado de ver en el hombre algo más que pura naturaleza cósmica; siempre ha pensado que lo propio de la naturaleza humana consiste en ser «personal», véase en la persona un «supuesto racional» (filosofía escolástica), un *homo noumenon* (Kant), un «centro de actos» (Scheler) o una «sustantividad de propiedad», capaz, por tanto, de ejercitar la íntima actividad de la «apropiación» (Zubiri). De aquí que para el personalismo, entendida esta palabra en su más amplio sentido, la libertad, la responsabilidad, la moralidad y la apropiación, ejecutadas, por supuesto, por lo que en el hombre es naturaleza, no sean última y formalmente imputables a esa naturaleza suya; y así, la indudable dependencia en que respecto a la salud y la enfermedad se hallan las actividades de actuar libremente, sentirse responsable y ejercitar la apropiación, no pasa de ser parcial y accidental. La mala conciencia no es en sí misma enfermedad, como venía a pensar Galeno, aunque puede engendrarla, y los impulsos criminales son perfectamente posibles con la mejor salud y la más acabada belleza del cuerpo. Nada más antilombrosiano que la idea del hombre y del criminal implícita en la actual novela policiaca. Viceversa: la perfección espiritual más sublime, así en el orden moral como en el intelectual y el artístico, puede coincidir con la más detestable salud de la naturaleza. Para demostrarlo, ahí están

Teresa de Jesús, Teresa de Lisieux, Pascal, Novalis, Kant y el doliente Nietzsche de la Engadina.

Pero, como en el caso del puro naturalismo, no entenderíamos acabadamente la idea personalista de la salud si no distinguiéramos en ella un modo clásico y un modo romántico.

a. *Idea personalista y clásica*

Hay, en efecto, una concepción a la vez *personalista y clásica* de la relación entre la salud y la perfección. Una y otra son en tal caso modos de la realidad humana esencialmente distintos entre sí, aunque no entre sí independientes. Juntas las dos, consistirían en la armoniosa composición de dos elementos: el equilibrio psíquico y somático de la naturaleza individual, por un lado, y una bien ordenada moderación en el ejercicio de la propia libertad, por otro. La perfección del hombre sería el resultado de sumarse entre sí la salud y la ecuanimidad, no entendida ésta como la *emmetría* de que habla Platón en el *Filebo*, sino como sereno y bien medido ejercicio de la libertad personal. Dígalo poéticamente un cantor del clasicismo cristiano tan alto como fray Luis de León:

> *Despiértenme las aves*
> *con su cantar sabroso, no aprendido,*
> *no los cuidados graves*
> *de que es siempre seguido*
> *quien al ajeno arbitrio está atenido* (1).

Quiere fray Luis ser cristianamente perfecto, y quiere serlo a través de la salud de su cuerpo y la ecuanimidad de su alma. El mismo sentido tiene la *Aequanimitas* con que el gran clínico William Osler dio título a uno de sus más conocidos ensayos.

b. *Idea personalista y romántica*

Junto a la concepción personalista y clásica de la salud, la idea *personalista y romántica* de ella. Mas también ahora son dos los modos de concebir la relación entre la perfección y la salud, y por tanto la salud misma. Para algunos, el arrebato creador y perfectivo en el ejercicio de la libertad personal y el desequilibrio o descentramiento de la naturaleza individual que ese ejercicio necesariamente lleva consigo, no tienen por qué romper el estado de salud. Aun esforzado, el logro de la perfección es y debe ser compatible con un último respeto al buen orden de la naturaleza; más aún, lo exige. Tal es la actitud espiri-

(1) Fray Luis de León fue clásico y sereno en su poesía (y no siempre, como tan cumplidamente demostró Dámaso Alonso), pero a la vez fue melancólico y bilioso en su nada fácil vida. La verdad es que sus conflictos con la Inquisición no le permitieron otra cosa.

tual de muchos de los místicos y ascetas cristianos; con toda evidencia lo demostró Schipperges en el caso de Hildegarda de Bingen. «Con el cuerpo sano podréis hacer mucho, con él enfermo no sé qué podréis», escribió San Ignacio a una monja que le había pedido consejo acerca de su perfección espiritual. Es ahora perfecto –o se aproxima a la perfección– quien sin enfermedad emplea su salud en el cumplimiento de una alta empresa, y está sano aquel cuya naturaleza es capaz de desequilibrarse y descentrarse sin afección morbosa todo lo que la esforzada dedicación a tal empresa –santidad, heroísmo, creación intelectual, artística o política– vaya de él exigiendo. La perfección, en suma, es ahora el resultado de sumarse entre sí la salud y la magnanimidad, la obediente elasticidad de la naturaleza y la voluntaria ordenación de la vida hacia fines nobles y arduos.

No todos han pensado así. Novalis, creyente en el espíritu personal y sumo romántico *avant la lettre*, tuvo por cierto que en este mundo no puede haber para el hombre perfección sin enfermedad. Para descollar espiritualmente, el hombre ha de sentir de algún modo quebrado el inestable equilibrio natural en que la salud consiste. El ejercicio de la vida humana sedienta de eminencia sería una suerte de enfermedad de la relación entre el espíritu y la naturaleza; vivir con designio de perfección es saberse enfermo y saber utilizar rectamente la propia enfermedad. «Conocemos todavía muy poco el arte de utilizar las enfermedades –escribió Novalis–. Verosímilmente, ellas son el acicate y la materia más interesantes de nuestra meditación y nuestra actividad.» No parece ilícito afirmar que para Novalis y una considerable parte de los románticos, la enfermedad, cierto modo de enfermedad, es la suma salud del hombre: *aegrotatio suprema salus*, en el doble sentido de esta última palabra. Mas ya he dicho que el romanticismo es tanto una actitud del espíritu como una concreta etapa histórica del mundo occidental. Cuando V. von Weizsäcker, ya en pleno siglo XX, sostenga que la enfermedad humana es «un suspirar de la criatura» y «un desarrollo de la conciencia producido por un suceso corporal», a la vez que «un suceso corporal producido por un desarrollo de la conciencia», sus palabras concederán nueva vida y nueva vigencia al pensamiento personalista y romántico de Novalis.

Más clásico o más romántico en su orientación, el personalismo ha ido ganando fuerza y actualidad en la antropología y en la medicina de nuestro siglo. Hoy no son pocos los que creen y piensan que la medicina, en lo que de ciencia tiene, debe ser desde su fundamento mismo «ciencia de la naturaleza humana», por tanto de una naturaleza especificada y personalizada por su pertenencia al ente que llamamos «hombre».

Dentro del personalismo se inscribe en buena parte la actual idea de la salud. A veces, de manera resueltamente religiosa, tal vez ingenuamente religiosa. En un Congreso dedicado a la «medicina de la persona» (Bossey, 1948), cuarenta médicos pertenecientes a nueve países y a cuatro confesiones religiosas suscribieron este concepto de la salud humana: «Salud significa algo más que un mero no-estar-enfermo; consiste en una versión del cuerpo, el alma y el espíritu hacia Dios. Por ello exige de nosotros una actitud de responsabilidad,

honestidad, desprendimiento, libertad interna y amor; en una palabra, una instalación sin condiciones en el orden legislado por Dios». En cierto modo, una versión devotamente religiosa de la utópica definición de la salud que propuso la OMS. En otros casos, la referencia de la salud a la persona ha quedado más cauta y reflexivamente expresada. «No hay salud cumplida –escribió el gran internista R. Siebeck– sin una respuesta satisfactoria a la pregunta: Salud, ¿para qué? No vivimos para estar sanos, sino que estamos y queremos estar sanos para vivir y obrar.» A la salud humana pertenece constitutivamente un «para qué», cuyo «qué» no está incluido en ella misma. En la estructura física y metafísica de la salud humana va inscrita de modo esencial, y por tanto ineludible, la aspiración a un fin que la trasciende; fin que día a día debe ser propuesto o suscitado, dentro de los que sugieren o permiten la sociedad y la situación histórica a que se pertenece, por la libertad creadora y la vocación íntima de la persona titular de esa salud. Pero de tal manera es esencial la conexión entre la salud y el fin, que sólo rectamente ordenada hacia éste adquiere aquélla acabamiento y valor, y tal es la razón por la cual –tan lejos de lo que hoy entendemos por personalismo– pudo decir Platón que la salud y la *sôphrosýnê* siguen a la virtud, a la *aretê*, como a una diosa la sigue su cortejo (*Fil.* 63e). La salud, concepto esencialmente perteneciente al orden de la naturaleza, y por consiguiente a lo que en realidad del hombre es naturaleza, se especifica e individualiza real y humanamente en cuanto que el hombre es persona.

III. CRITERIOS PARA LA INTELECCION DE LA SALUD

Ilustrados por esta breve sinopsis de lo que en la historia de la humanidad occidental ha sido la salud humana, volvamos los ojos a la integridad de nuestro tiempo y preguntémonos de nuevo: en la actual situación de la medicina, ¿cuándo el médico afirma técnicamente que un hombre está sano?; para el médico actual, ¿en qué consiste y – sobre todo– en qué debe consistir la salud humana? Para responder con cierta suficiencia a estas interrogaciones, distingamos metódicamente los varios criterios, los objetivos, el subjetivo y el sociocultural, con que a tal respecto puede procederse.

1. Qué es la salud: criterios objetivos

Ante quien de él ha solicitado su dictamen –alguien que ha querido someterse a un chequeo, cualquier persona aprensiva que por azar ha sentido una molestia pasajera–, el médico termina su actuación diciendo: «Usted no tiene nada; usted no debe preocuparse por su salud, porque está sano». Dejemos aparte los delicados problemas técnicos y éticos que esta afirmación, al parecer trivial, puede llevar consigo. Atengámonos tan sólo a su pura y habitual factualidad, y preguntémonos: si ese médico ha procedido metódica y técnicamente, ¿a qué criterios se ha atenido para formular su juicio; si se quiere, para diagnosticar la salud de quien en su opinión está sano? Varias respuestas son posi-

bles, a todas puede recurrir y –combinándolas de uno u otro modo entre sí– a ellas recurre de ordinario el médico. Hasta cinco veo yo:

a. *El criterio morfológico*

Fiel y estricto cumplidor del precepto contenido en el escrito hipocrático *de prisca medicina* –que la norma rectora del saber del asclepíada debe ante todo ser «la sensación del cuerpo», lo que en el cuerpo percibe el que técnicamente lo explora–, el médico tiene por sano al individuo en cuyo organismo no puede descubrir una deformación directa o indirectamente perceptible; es decir, una alteración de su estructura anatómica a la que pueda considerarse morbosa. La salud, según esto, queda técnicamente entendida como ausencia de malformaciones (un pie equino, una espina bífida) o de lesiones (la «lesión anatómica» de Morgagni, la «lesión celular» de Virchow, la «lesión subcelular» o de los orgánulos intracelulares y la «lesión bioquímica» de Peters, alteración patológica de la constitución molecular y de los procesos bioquímicos de un órgano). Los exámenes radiográficos en serie (reclutas, estudiantes, etc.) son tal vez el ejemplo más demostrativo de este modo de entender la salud. «Sano», en tal caso, es equivalente a «ileso», carente de lesión.

b. *El criterio etiológico*

La salud consiste ahora en la no existencia de taras genéticas y de agentes patógenos –gérmenes microbianos, parásitos, sustancias químicas, cuerpos extraños– en el organismo del sujeto. La inspección visual, la exploración radiológica y endoscópica y la práctica de ciertas pruebas diagnósticas, como la intradermorreacción de von Pirquet o la reacción de Wassermann, por una parte, y la indagación de la posible heredopatología de la estirpe, por otra, son los recursos para establecer esa doble no existencia. «Sano», entonces, equivale a «limpio», exento de todas las causas –externas o internas– que impiden la vida normal o provocan enfermedad.

c. *El criterio funcional*

Sano es en tal caso el hombre cuyas constantes vitales muestran un valor que se reputa normal y cuyas diversas actividades orgánicas se hallan cualitativa y cuantitativamente dentro de los límites que definen la norma funcional de la especie. Las cifras mensurativas y los trazados gráficos a que conducen los registros inscriptores y las pruebas funcionales (circulatorias, respiratorias, renales, neurológicas, metabólicas, etc.) constituyen ahora la materia del juicio. «Sano» vale, pues, tanto como «normorreactivo».

d. *El criterio utilitario o érgico*

El rendimiento vital –un rendimiento vital específicamente determinado: trabajo profesional, servicio militar, creación intelectual o artística– puede asi-

mismo ser criterio objetivo de salud. Quien lo adopte, juzgará sano al individuo capaz de cumplir sin fatiga excesiva y sin daño aparente lo que la sociedad a que pertenece espera de su vida, su *ergon* propio. Así vista la salud, «sano» es sinónimo de «útil»; útil para el buen cumplimiento de alguna actividad social.

e. *El criterio comportamental o conductal*

Sin una conducta normal –sin un comportamiento efectivamente atenido a las pautas que se estiman «normales» en la sociedad a que se pertenece– no puede hablarse de salud, aunque la morfología, la exploración etiológica, la actividad funcional y hasta el rendimiento útil del individuo ofrezcan datos que no parezcan ser «anormales». «Sano» significa así «integrado»; está sano quien se halla socialmente bien integrado.

2. Norma y rol

Ileso, limpio, normorreactivo, útil e integrado. Juntas estas cinco notas, el médico considera objetivamente sano al hombre respecto de cuya salud se le haya pedido dictamen; y llegado el caso, *tuta conscientia* lo certificará. ¿Puede afirmarse, sin embargo, que ese hombre se halle real y verdaderamente sano? Habrá que examinar con cuidado esta interrogación como problema real, tanto clínico como antropológico. Antes, sin embargo, se impone una breve reflexión sobre dos nociones que explícita o implícitamente han aparecido en el apartado anterior: la «norma» y el «rol», ambas en relación con la idea de salud.

Estar sano –estar socialmente sano– es, aparte los datos morfológicos, etiológicos y funcionales objetivamente obtenidos por el médico, cumplir correctamente un determinado rol, en el sentido sociológico de este término; rol que, como es obvio y luego comprobaremos, varía con la sociedad de que el sujeto sea parte. Pues bien: considerando al rol, con Talcott Parsons, como un conjunto de expectativas institucionalizadas, esto es, como la suma de los hábitos que la sociedad de que se trate espera normalmente de cuantos dentro de ella ejecutan una determinada actividad social –médico, padre de familia, concejal, etc.–, y siguiendo el modelo del propio Talcott Parsons en relación con el médico y el enfermo, cabe preguntarse por el rol del sano en la sociedad occidental de nuestro tiempo. Respecto de la sanidad individual, cuatro son en ella, a mi juicio, las expectativas institucionalizadas:

1.ª Vivir socialmente. Del individuo se espera que conviva. Un sujeto que por iniciativa propia jamás saliera de su casa, no sería tenido por sano.

2.ª Trabajar y vacar dentro de las normas que respecto del trabajo y la vacación tengan vigencia en el grupo social a que se pertenezca.

3.ª Cumplir las reglas que para una convivencia normal rijan en la sociedad en cuestión. A una persona que hoy se empeñase en vivir en lo alto de una co-

lumna, como en tiempos hizo San Simeón Estilita, más que extravagante se la consideraría «anormal».

4.ª Acudir al médico tan pronto como uno sienta en sí mismo alguna anomalía morbosa. Quien no lo haga, aparte la enfermedad que efectivamente pueda padecer, no sería para los demás, si vale decirlo así, un «buen sano».

Cumple bien el rol de sano, por tanto, quien en su conducta social se atiene correctamente a ciertas normas; en este caso, «normas sociales», reglas para una ordenada vida en el seno de una sociedad. Pero además del buen ajuste individual a tales reglas, la salud se atribuye objetivamente, como hemos visto, al organismo cuya exploración morfológica y funcional ofrezca datos ajustados a la norma biológica de la especie; es decir, resultados «estadísticamente normales». Junto a la «norma social» aparece, pues, la «norma estadística»; a las cuales habría que añadir, conforme a lo que enseñan los diccionarios de filosofía, la «norma moral» (un conjunto de imperativos éticos presuntamente situados más allá de las reglas sociales) y la «norma biológica» (aquella a que deben obedecer las acciones exteriores sobre un individuo para no poner en peligro su adaptación al medio y su vida). Dejando aparte la norma moral, porque, contra lo que el más radical naturalismo afirma, puede haber y hay de hecho hombres malvados perfectamente sanos y hombres enfermos sumamente virtuosos, las tres restantes tienen que ver con la salud; y como varios autores (Hollingworth, Kinsey, Eysenck, etc.) han demostrado, las tres puede ser objeto de tratamiento cuantificador y estadístico: lo «anormal» viene a ser así una desviación más o menos acentuada respecto del valor numérico medio de un dato de exploración o respecto de la tendencia general de un grupo social. Sin una aceptable adecuación a tal valor y a tal tendencia, no podría ser considerado sano un individuo. Objetivamente, la salud equivaldría a normalidad, entendida ésta conforme a esas tres líneas de la observación y de la cuantificación estadística. Ahora bien: tal normalidad y tal adecuación, ¿pueden constituir un criterio necesario y suficiente para formular de manera satisfactoria el juicio «Este hombre está sano»? Un hombre sano ¿es, sin más, el «hombre medio» de un serie de comportamientos biológicos, psicológicos y sociales estadísticamente cuantificados?

Debo prescindir aquí de exponer los temas tratados por la abundante e importante literatura acerca de la relación entre «norma» y «valor medio», desde el dieciochesco Quételet hasta los actuales Canguilhem, Kinsey y tantos más: discusión de los presupuestos absolutos o metafísicos de la doctrina del «hombre medio» de Quételet, sustitución de la noción de «norma» por la de «normatividad», más positiva y más relativa que aquélla (Canguilhem), distinción entre los procesos que estadísticamente obedecen a la curva en campana de Gauss y los que se ordenan según la curva en U de Allport, etc. Vengamos directamente a nuestro problema, y examinemos cómo el concepto abstracto de «salud» y el juicio concreto «Este hombre está sano» se configuran cuando objetiva y estadísticamente son entendidos. En tal caso, ¿qué es la salud, qué es estar sano?

Dos condiciones han de ser simultáneamente cumplidas para que real y efectivamente se dé en un individuo la salud: que cada uno de los datos cuantificados –temperatura, nivel de la glucemia, frecuencia de tal tipo de conducta en la sociedad de que se trate, cuantía del rendimiento en la actividad considerada, etc.– se halle dentro del margen de los valores comúnmente aceptados como normales; que todos los parámetros elegidos para establecer el juicio de «buena salud» formen un conjunto coherente y asimismo normal. Demos por cierto que estas dos condiciones han sido efectivamente cumplidas. Más aún: admitamos que las dos causas de error en toda posible medición –la *interobserver variation* o variación según los distintos observadores y la *intraobserver variation* o variación procedente de cada observador, según la ocasión de la medida– no han influido sensiblemente. Y puesto que ahora no se trata de mediciones de orden atómico, hagamos caso omiso de lo que la microfísica –efecto Compton, principio de Heisenberg– ha enseñado acerca de la esencial no exactitud de ellas. Con todo, y aun cuando el cumplimiento de dichas dos condiciones sea estimado como condición necesaria para la plena validez del juicio «Este hombre está sano», ese cumplimiento no puede ser condición suficiente. Varias razones obligan a pensarlo así:

1.ª El valor normal de cada variable es el situado dentro de una franja gaussianamente intermedia entre los valores anormales «hiper» e «hipo»: hipertermia e hipotermia, hiperreflexia e hiporreflexia, etc. Es cierto que cuando no se trata de datos numéricamente simples, como la temperatura o la glucemia, se introduce el prefijo «dis» (disfagia, disquinesia, disbasia, etc.); pero la realidad de ese «dis» (del griego *dys*, lo que va mal) acaba siendo reducida por el patólogo a una combinación de elementos «hiper» y elementos «hipo». Ahora bien: la anomalía, el «dis» vital propio de la enfermedad, no nombra simplemente una anormalidad «hiper» o «hipo», sino un estado cualitativamente distinto de la salud. «Estar enfermo» difiere esencialmente de «tener poca –o demasiada– salud.» Así lo veremos más adelante.

2.ª El número de los parámetros a que el médico se atiene para juzgar acerca del estado de salud es siempre limitado. ¿Qué pasaría si, para lograr plena seguridad acerca de lo que se afirma, se fuesen añadiendo otros nuevos? Un buen teórico de la medicina, el norteamericano E. A. Murphy, ha dicho ingeniosamente que «un individuo sano es un individuo no suficientemente explorado».

3.ª La determinación de una variable biológica es siempre la medición del resultado de una respuesta del organismo, aunque a veces no parezca serlo; y en el conocimiento de toda reacción hay que considerar tanto lo que reacciona como las condiciones en que la reacción misma ha tenido lugar. Un negro africano, hace notar Canguilhem, soporta sin trastorno hipoglucemias que para un europeo serían graves o mortales, porque posee «recursos fisiológicos a la medida de la vida que lleva».

4.ª En el conjunto de las determinaciones elegidas para establecer el juicio «Este hombre está sano» –por ejemplo, las que se practican en un chequeo mi-

nucioso–, puede suceder que unas sean «normales» y otras «anormales». En muchos casos, la decisión de adoptar aquéllas o éstas para la formulación de ese juicio, no ofrecerá duda; en algunos, en cambio, será motivo de cierta perplejidad.

5.ª Debe tenerse por fin en cuenta que el organismo reagente no es el de un animal de experimentación, sino el de un individuo dotado de psiquismo personal. La cuantía del dato exploratorio puede en consecuencia hallarse afecta por motivos dependientes de la condición personal y biográfica del sujeto explorado. R. Siebeck advierte, valga este único ejemplo, que la glucemia tiene un valor más elevado cuando la sangre ha sido extraída en un momento de excitación o de tensión interna del paciente. Lo cual nos lleva de la mano a la consideración de la segunda de las vías a que puede y debe recurrirse para juzgar acerca de la salud de un hombre: el sentido del estar sano.

3. Qué es la salud: el criterio subjetivo

¿Cuándo un hombre goza de buena salud? Por lo pronto, cuando con verdad puede decir: «Yo estoy –yo me siento– sano». Sin tomar en consideración esta aparente obviedad, ¿podría el médico dar por sano al hombre que tiene ante él? ¿Hay acaso un solo médico que, para formar juicio acerca de quien como tal médico le busca, pueda desconocer lo que de sí mismo ese hombre le dice?

a. *El sentimiento de estar sano*

Se trata de analizar con alguna precisión la estructura del *sentimiento de estar sano*. Es éste un sentimiento complejo, en el cual, a mi modo de ver, se funden los siguientes motivos psicológicos:

1.º La tácita conciencia de la propia *validez*. Estar sano es poder decir con fundamento real, y dentro de los límites que la existencia corpórea y el cuerpo propio imponen, «yo puedo». Si estoy sano y quiero, yo puedo comer, o pasear, o leer un libro, o conversar con un amigo. La vivencia de validez hígida no puede ser ajena, acabo de decirlo, a la clara u oscura conciencia del propio límite. Páginas atrás quedaron sumariamente expuestas las formas cardinales del doblete «yo puedo-yo no puedo», en que tiene uno de sus momentos constitutivos la experiencia íntima del cuerpo propio. Pues bien: el límite y el «yo no puedo» propios del estado de salud van interiormente acompañados por la confianza deportiva de poder ponerlos a prueba, incluso ya avanzada la edad senil. Lope de Vega dijo en un verso memorable: «Hacedor de mi límite, Dios mío». Sustituyendo la palabra «Dios» por la palabra «naturaleza», lo mismo hubieran podido decir un panteísta, un ateo o un agnóstico sanos. Y todos, éstos y Lope, darían vida a sus respectivas frases con este inexpreso sentimiento en el fondo de su alma: «Tú –Dios o naturaleza–, que hiciste mi límite, me permites

a la vez que yo, con mi esfuerzo, pueda ampliarlo». Porque el límite de una persona no es en rigor dato previo, sino resultado final. Con palabras distintas, desde Esquilo se viene afirmando así.

2.º Un sentimiento de *bienestar* psicoorgánico. ¿Total y absoluto? De ningún modo. El bienestar de la salud puede limitarse a un simple «silencio del cuerpo» o «silencio de los órganos» –digerir o respirar sin sentirlo, no saber por experiencia que se tiene hígado, etc.–, e incluso hacerse vidrioso y lindar con el malestar corporal. Respecto del sentimiento del cuerpo propio, ¿dónde termina la salud y comienza la enfermedad? Recuérdese lo dicho al criticar la definición de la salud que propuso la OMS. Un libro célebre de Freud lleva por título *Psicopatología de la vida cotidiana*. No sería difícil completarlo con una *Somatopatología de la vida cotidiana*, en cuyas páginas fuesen recogidos y descritos los leves y fugaces malestares psicoorgánicos que de cuando en cuando y sin detrimento de nuestra salud todos los hombres padecemos. Con todo, puede lícitamente afirmarse que un «relativo bienestar» psíquico y somático es signo casi constante de la buena salud.

3.º Cierta sorda y básica *seguridad de poder seguir viviendo*. En términos negativos, cierto vago y tácito sentimiento de «no amenaza vital». Siempre unido, eso sí, a una también vaga y tácita conciencia de fragilidad, porque el doblete seguridad-fragilidad pertenece constitutivamente a la existencia humana. «Yo sé que en cualquier momento puedo enfermar gravemente y morir», se dice a sí mismo el hombre desde que adquiere clara conciencia de lo que es su vida, aunque la juventud y el vigor físico tantas veces le muevan a olvidarlo. Pues bien: ese sufrimiento de «no amenaza vital» es parte esencial en la experiencia íntima de la propia salud.

4.º Una notoria *libertad respecto del cuerpo propio*. En estado de salud, nuestro cuerpo no nos obliga a actuar en un determinado sentido –el temblor del parkinsoniano, la inquietud intestinal del colítico–, ni fuerza a fijar constantemente la atención en su existencia y su actividad. El hombre sano es libre, ampliamente libre para desentenderse de su cuerpo. Poder contar con el cuerpo y poder no emplearlo conscientemente –para pensar, para recordar, para imaginar, para soñar– son dos posibilidades simultáneas que únicamente pueden darse en la salud.

5.º En la relación con los demás hombres, un sentimiento inmediato de *básica semejanza vital con ellos, de no ser anómalo respecto de ellos*. Si se me permite el término, cabría hablar de un sentimiento de la «omalía» (*omalós*, en griego, es lo no desigual, lo liso y regular; lo opuesto a *an-ômalos*), entendida ésta como reverso subjetivo de la «normalidad» biológica y social. Sólo un hombre sano puede llamar «semejante», sin dolida reserva y sin reflexión previa, a los hombres con quienes convive o puede convivir.

6.º Por tanto, y también en la cotidiana relación de convivencia, la posibilidad de gobernar sueltamente el *juego vital de la soledad y la compañía*. El enfermo, como veremos, no es íntimamente dueño de hacerlo; en cierta medida, se encuentra forzado a vivir en soledad. El sano, no; en todo momento puede quedarse solo o buscar compañía.

Naturalmente, la edad, el sexo, la raza, el biotipo, la situación histórica y social, la personalidad y la ocasión biográfica modulan notablemente la concreta realización de todos estos elementos del sentimiento de estar sano. Bastará recordar que la sensibilidad al dolor físico no es igual en la mujer que en el varón y que, en general, los viejos son más sufridos a este respecto que los jóvenes y los adultos. Pero, a mi juicio, todos ellos pertenecen a la compleja vivencia en que subjetivamente se nos patentiza la salud propia.

b. *Fusión de los criterios subjetivo y objetivo*

El sentimiento subjetivo de la salud puede a veces combinarse, sobre todo en los aficionados a examinar y a gobernar objetivamente su propio cuerpo, con lo que de esta doble actividad resulte. Nada lo demuestra con tanta evidencia como un texto autobiográfico de Kant en *La contienda de las Facultades*: «A causa de mi tórax aplastado y angosto, que deja poco espacio para el movimiento del corazón y los pulmones –escribe el filósofo–, tengo una disposición natural a la hipocondría, que en años anteriores llegó hasta el tedio de la vida. Pero la consideración de que la causa de esta opresión cardíaca era acaso sólo mecánica y de que, por tanto, no podía suprimirse, me llevó a no preocuparme de ella; y así, mientras sentía opresión en el pecho, en mi cabeza reinaban la serenidad y la alegría. En sociedad, en lugar de mostrar el humor tornadizo que caracteriza a los hipocondríacos, podía manifestarme libremente y con naturalidad. Y cómo en la vida nos sentimos más alegres por lo que hacemos usando libremente de ella que por lo que en ella gozamos, el trabajo espiritual puede oponer un estimulante sentimiento de vida a los impedimentos que sólo al cuerpo atañen. La opresión ha seguido, porque su causa radica en mi constitución corporal; pero, en cambio, apartando mi atención de esos sentimientos, como si no fuesen conmigo, he llegado a impedir su influjo sobre mis pensamientos y mis acciones».

Importante y sugestivo texto. Dejando ahora su comentario –cuántas nociones y reflexiones antropológicas podrían salir de él–, limitémonos a preguntar: cuando Kant escribía estas líneas, ¿estaba sano o enfermo? La respuesta dependerá del punto de vista en que se coloque el considerador, porque en la individual realidad del hombre Immanuel Kant coincidían sentimientos de salud (alegría, libertad íntima) con sentimientos de enfermedad (opresión del tórax), y una evidente anomalía de su cuerpo (deformación del tórax, deficiencia en el rendimiento funcional de los aparatos respiratorio y circulatorio) se unía a la excelencia, no menos evidente, de lo que bien podríamos denominar el «rendimiento biográfico» de su persona (obra y longevidad de Kant). Indudablemente, la realidad del estado vital que llamamos salud y la idea que de esa realidad nos formamos poseen una estructura harto compleja. Pronto reaparecerá este tema. Por el momento, conformémonos advirtiendo que en la formulación del juicio «estoy sano» se mezclan momentos subjetivos y momentos objetivos. Máxime si, como en el caso de Kant y en el de casi todos los hombres modernos, se concede importancia sobresaliente a la posesión del bien de la salud.

c. *Crítica del criterio subjetivo*

Para establecer una teoría de la salud y conocer en un hombre el estado de ella, el atenimiento al criterio subjetivo podrá ser –es– condición necesaria, mas no puede ser condición suficiente. Nada más obvio, y son varias las razones que lo demuestran. Tres principales veo yo:

1.ª La existencia de lesiones orgánicas o funcionales que no den lugar a ningún sentimiento de enfermedad; desórdenes morbosos «lantánicos» (del griego *lanthánein*, estar oculto), como los denomina el clínico Feinstein. ¿Cómo podría reputarse sano a un hombre en cuyo organismo hubiese una lesión tuberculosa o un carcinoma incipiente? Pero acaso también aquí haya casos-límite. Un portador de gérmenes patógenos, ¿qué es realmente, un hombre sano o un hombre enfermo?

2.ª La neurosis; más precisamente, ciertas formas leves de neurosis. ¿Dónde está el límite entre la neurosis y la normalidad? No puede extrañar –pronto volveremos sobre este hecho– que en ciertos círculos puritanos de Nueva Inglaterra sean tenidas por responsables de sus dolencias personas a las que en otro medio se consideraría «enfermas» y «neuróticas» (Hollingshead y Redlich).

3.ª La simulación. Respecto a ella cabe formular una interrogación semejante a la anterior. ¿Dónde está el límite entre la simulación y la enfermedad? Un simulador habitual, ¿no puede acaso ser un típico ejemplar de ese anómalo estado de la vida y la conducta que los psiquiatras llaman «personalidad psicopática»? Y, por otra parte, ¿hay una estricta solución de continuidad entre ciertas formas de simulación y ciertas neurosis leves? Los puritanos de Nueva Inglaterra han respondido muy tajantemente a esta interrogación. Sin necesidad de atravesar el Atlántico, cualquier clínico experimentado y atento sabe que en muchos enfermos nada «neuróticos» y nada «irresponsables» puede producire cierta *simulatio minor*: una leve distorsión subjetiva –para ser mejor atendidos por quienes les rodean, para tener como enfermos «más importancia», etc.– de los muy objetivos trastornos que padecen.

Por todas partes, minucias y matices que muestran la complejidad y la problematicidad del sentimiento de estar sano.

4. Qué es la salud: el criterio sociocultural

La precedente mención del juicio que en los medios más burgueses de Nueva Inglaterra merecen las enfermedades neuróticas muestra con evidencia cómo el rol social del sano y, consiguientemente, el del enfermo, puede sufrir variaciones considerables, incluso en medios que parecen ser culturalmente homogéneos. A veces, por *razones de ética individual y social*; en este caso, la ética derivada del protestantismo puritano. En otros casos, por *motivos socio-*

económicos. En los Estados Unidos, Koos ha investigado estadísticamente la relación entre la clase social a que el sujeto pertenece y la atribución de carácter morboso a determinados síntomas. He aquí algunos de sus resultados: en las clases económicamente elevadas, la pérdida de apetito es considerada morbosa en un 57 por 100 de los casos; en las clases medias, la cifra se reduce a un 50 por 100, y en las clases económicamente bajas desciende hasta un 20 por 100 (curioso: cuanto menos se tiene para comer, menos importancia se da a la pérdida de las ganas de comer); y todavía más significativas son las cifras relativas a la tos pertinaz (77 por 100 en las clases altas, 23 por 100 en las bajas), a los dolores articulares y musculares (80 por 100, 19 por 100) y a otros síntomas subjetivos y objetivos. Bien patente es entre nosotros la estoica resignación con que los campesinos de las comarcas pobres no dan importancia a los dolores físicos habituales. Las causas son en otras ocasiones de *índole histórico-cultural*. Los tongas de Africa consideran que los vermes intestinales son necesarios para la digestión humana, y en ciertas tribus de América del Sur no se atribuye carácter morboso, sin duda por su frecuencia y su levedad, al *pinto*, una espiroquetosis discrómica (Ackerknecht). Hasta hace pocos años, entre los aldeanos griegos no eran tenidas por morbosas, sino consideradas como accidentes de la vida normal, ciertas afecciones indudablemente patológicas (el tracoma, por ejemplo), y se tenía por favorable para el buen curso de la vida individual la aparición de algunas enfermedades leves, como el acné puberal (Lawson). No menos influencia moduladora poseen, unidos entre sí, *el grupo social y la sensibilidad personal*. ¿Cómo comparar, a este respecto, al hombre de la gran ciudad y al campesino, al francés o al italiano cultos y al yogui del Indostán, a la *prima donna* y a Teresa de Lisieux?

La variable *estimación de la salud*, tan alta hoy, está operando siempre sobre el modo de sentirse sano. Pese a cualquier extremosidad romántica, la salud ha sido siempre considerada como un bien. No en vano Hygieia, la salud, fue una deidad entre los griegos. «Contigo, Salud bienaventurada, todo florece y brilla en coloquio con las Gracias. Sin ti nadie es feliz», dice un viejo himno helénico; y no por azar hay una patente conexión semántica entre los vocablos «salud» y «salvación». Sin esa altísima, a la postre sacral estimación de la salud humana, no sería comprensible la polémica entre Orígenes y el retor Celso, cuando el cristianismo comenzaba a difundirse, acerca de si es Cristo o es Asclepio quien devuelve la salud a quienes la han perdido. Mas no todas las situaciones históricas han estimado en la misma medida el bien de la salud. No saliendo de la cultura occidental, ¿cómo comparar a este respecto la Edad Media y nuestro siglo?

No parece excesivo afirmar, en efecto, que la estimación de ese bien ha llegado a ser máxima en el siglo XX. «Ninguna dicha te iguala, oh Salud», podía leerse en el frontispicio de la magna exposición que el año 1912 se dedicó a la higiene en Dresde. El cultivo masivo de la educación física y el deporte, el prestigio creciente del aire libre y el sol, la difusión del ideal de la limpieza del cuerpo por toda el área de nuestra cultura y, *last but not least*, las enormes sumas que las sociedades y los Estados gastan en la evitación de la enfermedad y

en el fomento de la salud muestran al más ciego que ese retórico ditirambo de 1912 se ha hecho sentencia universal. La droga y el deliberado descuido de la atención higiénica al cuerpo, tan evidente entre los drogadictos y en los grupos *hippies*, ¿llevarán dentro de sí una larvada rebelión contra esa sacralización de la limpieza, en nombre de otro modo de entender la sacralización del cuerpo?

IV. UNA CONCEPCION INTEGRAL DE LA SALUD

Pienso que una intelección de la salud humana adecuada tanto a lo que el hombre es como al nivel histórico de nuestro tiempo, puede ser desglosada en los dos siguientes puntos:

1. Complejidad y relatividad de la salud

Para entender rectamente la salud humana han de ser ante todo tenidos en cuenta el complejo carácter de su realidad y la relatividad con que debe ser juzgada para entenderla con adecuación a esa compleja realidad suya.

a. *Atenimiento a todos los criterios*

De ninguno de los criterios anteriormente deslindados y descritos puede hacerse caso omiso, si se quiere tener de la salud humana un concepto integral.

La exploración morfológica, etiológica, funcional, érgica y conductal es rigurosamente imprescindible para un correcto diagnóstico de la salud. Poco importa que los resultados así obtenidos no puedan rebasar el área de una doble negatividad, la negatividad en cuanto al hallazgo, «No descubro lesiones orgánicas», o la negatividad respecto a la norma, «No hay anormalidad en las cifras y los trazados que en usted encuentro». Es cierto que con la sola posesión de ellos las palabras del médico nunca deberán rebasar la formulación de un juicio negativo –«Todo lo que encuentro en usted es normal»–, ni lanzarse al establecimiento de un juicio positivo –«Usted está sano»–; pero en modo alguno la «no suficiencia» de lo logrado puede argüir contra su «no necesidad». Ese doble juicio negativo debe ser siempre la base de toda la ulterior conducta del médico.

Más insuficiente, desde luego, pero no menos necesario es el atenimiento del médico al criterio que he llamado subjetivo. Sin que el individuo explorado diga «Me siento sano», no es posible tenerlo por tal; y, por supuesto, sin una aceptación creyente, por parte del médico, de eso que le dicen. No cumplidos uno y otro requisito, no podrían ser excluidas la simulación y la neurosis, ni el juicio técnico acerca del estado de salud podría alcanzar carácter positivo.

Algo análogo debe decirse del criterio sociocultural. Todo juicio acerca de la salud debe ser referido al sistema de creencias y convenciones propio del

grupo a que pertenece el sujeto cuyo estado se juzga. En la mayor parte de los casos, aquellos en que el médico y enfermo pertenecen al mismo grupo social, tal referencia será tácita: ninguno de los médicos ejercientes en Madrid, París o Nueva York necesita pensar en las expectativas institucionalizadas correspondientes al rol del sano en sus respectivas ciudades. Muy otro será el caso entre quienes actúen en el seno de culturas alejadas de la occidental; recuérdense los ejemplos antes aducidos; e incluso, como ha demostrado el fino estudio de D. García-Sabell acerca de la antropología del hombre gallego enfermo, cuando el medio de la práctica sea el campesino y no el urbano.

Habrá de ser tenida en cuenta, por fin, la modulación que el biotipo y, sobre todo, la peculiaridad personal del sujeto imprimen en el sentimiento y la realidad del estar sano. La buena salud no se mide tan sólo, como afirmó Goldstein, por el «grado de centramiento» del organismo en cuestión, también, y en ocasiones muy en primer término, por la «capacidad de descentramiento» de la persona; esto es, por su posibilidad de salir ampliamente de su habitual estado de equilibrio cuando lo exijan el azar o un esforzado cumplimiento de su vocación.

El hombre sano no sólo debe poder responder satisfactoriamente a la pregunta de R. Siebeck antes recordada –«Salud, ¿para qué?»–, debe asimismo ser en todo momento capaz de que ese «para qué» alcance la máxima altura a que las dotes y la voluntad del interesado puedan llegar. Lo diré con palabras antes usadas: el hombre sano debe serlo tanto al modo clásico como al modo romántico.

b. *Salud perfecta y salud relativa*

A la vez que compleja, puesto que compleja es la existencia del hombre, la salud humana en su realidad concreta es y no puede no ser relativa. Complejidad y relatividad se exigen ahora mutuamente.

Puede llamarse *salud perfecta* a aquella en que coinciden armoniosamente un sentimiento de bienestar con una morfología, una «limpieza etiológica», una actividad funcional, un rendimiento vital a la vez utilitario y biográfico y una conducta social manifiestamente normales, así como con la extrema y no lesiva capacidad de descentramiento antes descrita. Trátase, como se comprende, de un estado-límite –mejor: de una utopía–, al cual pueden aproximarse más o menos, sin alcanzarlo nunca, los diversos estados reales de la vida humana. «No hay una salud en sí», escribió con razón Nietzsche. Toda salud es por esencia relativa a lo que se encuentra en el cuerpo del sujeto sano, al modo como éste lo vive y a lo que con él quiere y puede hacer.

Lo que habitualmente llamamos «buena salud» es, pues, una *salud relativa*. Esta relatividad depende:

1.º De los hallazgos objetivos observados en su organismo, que en alguna exploración siempre estarán situados en una de las dos franjas de la *zona incerta* que presentan las curvas gaussianas.

2.° De la constante posibilidad de un desplazamiento subjetivo u objetivo de la vida hacia el estado de enfermedad, y por tanto hacia el estado que los galenistas latinos llamaron *corpus neutrum, ni sano, ni enfermo.*

3.° Del punto de vista en que, queriéndolo o no, se haya situado el considerador, puesto que es posible que un mismo individuo parezca sano mirado desde un determinado punto de vista, y enfermo si se le mira desde otro.

4.° De la mayor o menor resistencia del individuo a perder, alterado su organismo por una causa externa (un microbio, un veneno, una situación social, un disgusto, un problema moral) o por una motivación interna (el propósito o el hábito de «vivir peligrosamente» de que habló el propio Nietzsche, la voluntad de existir «quemando la vida» al servicio de tal o cual causa), la pauta funcional, la seguridad y el equilibrio elástico con que transcurre la vida del hombre sano.

Precisamente por su esencial carácter relativo, a la salud pertenece de manera esencial la *enfermabilidad.* Estar sano es, aparte todo lo dicho, poder en cualquier momento caer enfermo; sin tener en cuenta esta obvia y profunda verdad no podría entenderse en su integridad la misión del médico. *Nasci hic in corpore mortali, incipere aegrotare est,* escribió, entre la razón y la hipérbole, el penetrante San Agustín. Si en lugar de decir *incipere aegrotare* hubiese dicho *posse aegrotare,* su acierto hubiese sido completo. Con este «poder enfermar», unas veces como posibilidad habitual, aunque más o menos remota (la enfermabilidad), otras como incipiente peligro real (las afecciones que estudiarían una psicopatología y una somatopatología de la vida cotidiana), va el hombre haciendo su vida sana sobre la tierra.

Tanto como una «normalidad» objetiva y una «omalía» subjetiva de la naturaleza individual, la salud es, en suma, un hábito psicoorgánico al servicio de la vida y la libertad de la persona, y consiste tanto en la posesión de esa normalidad y esa omalía, como en la capacidad física para realizar con la mínima molestia, con el daño mínimo y, si fuese posible, con bienestar o gozo verdaderos, los proyectos vitales de la persona en cuestión. Contra lo que afirma el naturalismo a ultranza como doctrina antropológica, la salud del hombre no es, sin más, su perfección –incluso el tópico *mens sana in corpore sano* procede de una lectura parcial y errónea del originario texto de Juvenal–, pero sí es favorabilísima condición para el logro de ella. En el orden religioso, recuérdese la antes citada sentencia de Ignacio de Loyola; y en el orden profano, *a sensu contrario,* la antes mencionada experiencia de Kant acerca de sí mismo.

2. La salud en la actualidad

Esta genérica idea de la salud se realiza en nuestro tiempo según una serie de rasgos que conviene ahora consignar. Sea el hombre cristiano, ateo o agnóstico, y entienda de modo «clásico» o de modo «romántico» la posesión de la salud, tal posesión presenta hoy los siguientes motivos genéricos:

a. *Alta estimación*

Para advertirla, debo conformarme remitiendo al lector a lo que en páginas anteriores ha sido dicho.

b. *Producto de una operación técnica*

La concepción de la buena salud no sólo como un don de la naturaleza, también como el *producto de una operación técnica*. Para el que la posee, la salud es una realidad que «está ahí», un estado de la vida propia con el que uno se encuentra como se encuentra con que unos días hace calor y otros frío. Uno «está bien». Pero desde Aristóteles sabemos que hay dos modos cardinales de estar bien, el de las cosas naturales, como un caballo bien hecho o la brisa marina un día de agosto, y el de los artefactos, tales como los prismáticos con que miro al mar y la pluma con que escribo. ¿Cuál de los dos modos del «estar ahí» y el «estar bien» es el propio de la buena salud? Esta, ¿es un simple regalo o es el resultado de una acción técnica?

Desde que Grecia transformó la medicina en *tékhnê*, en «arte de curar», siempre ha creído el hombre que él puede y debe hacer algo técnicamente para estar sano. Por lo que a la Grecia clásica atañe, léase el tratado hipocrático *Sobre la dieta*. Pero la verdad es que hasta el siglo XIX –hasta que la higiene se hizo verdadera ciencia y cobró suficiente vigencia social– la buena salud ha solido ser para el hombre un don de la naturaleza o de Dios, algo con que algunos han tenido la suerte de encontrarse y otros no. Y así, sólo desde el siglo XIX irá prevaleciendo en los hombres la conciencia de que el estar sano es y debe ser ante todo el objetivo de una acción técnica; con lo cual la salud ha venido a ser, si se me permite la expresión, un «artefacto natural», algo que pertenece, desde luego, a la naturaleza del hombre que la disfruta, pero que en buena medida ha debido ser producido por el arte, mediante la técnica. La higiene privada y la higiene pública (saneamiento urbano, vacunaciones diversas, regulación de la dieta, deporte, etc.) son las dos grandes vías hacia esa preciada «obra de arte» que es la salud.

c. *Objeto de derecho y deber*

La salud se ha convertido en *objeto de derecho y deber*. Si la buena salud del hombre es algo que en cierta medida puede fabricarse, ¿cuál deberá ser la relación social y jurídica con el producto que ella es? Respondiendo a esta pregunta con claridad y energía, nuestro siglo ha afirmado que la salud es a la vez «objeto de derecho» y «objeto de deber». En cuanto simple hombre, todo individuo tiene en principio el derecho a estar sano; utopías aparte, la buena salud ha pasado a ser uno de los llamados «derechos humanos». Como contrapartida, todo individuo tiene el deber de estar sano, y de ahí la existencia de un «rol del hombre sano» en la sociedad. La Sanidad pública es la expresión directa de este doble juego de derechos y deberes.

d. *El momento social de la salud*

Una valoración inédita del *momento social de la salud.* Nuestro siglo ha descubierto –o, al menos, ha subrayado con inédita energía– que la buena salud individual depende en muy amplia medida de modos de vivir y de ordenaciones de la vida de carácter estrictamente social. La salud se ha convertido así en «bien comunitario», tanto desde el punto de vista de su disfrute como desde el punto de vista de su génesis.

Dos son los recursos principales para la producción social de la salud: la técnica y el amor. En cuanto a la técnica, baste recordar lo que a tal respecto es la vida en una gran ciudad moderna. Pero, por sí sola, la técnica no es suficiente. Si el individuo humano no ha crecido desde su nacimiento rodeado por el afecto de las personas que le rodean, comenzando, claro está, por el de su madre, será deficiente su desarrollo biológico y se hará más vulnerable su salud. El zoólogo Ad. Portmann, que ha estudiado con gran agudeza la inmaturidad natal del individuo humano, ha propuesto dar el nombre de «útero social» al entorno protector y conformador que rodea al niño durante los primeros meses de su existencia extrauterina; y hoy son ya sobremanera copiosos los estudios clínicos, psicológicos y sociológicos (R. Spitz, Sylvia Brody, A. J. Sullivan, J. Bowlby, J. Rof Carballo, etc.) que demuestran la realidad de ese aserto. Junto a las inexcusables medidas de orden técnico, el amor –una adecuada vinculación afectiva con la porción de la sociedad más próxima a cada individuo humano– es recurso de primera importancia para la suscitación y la conservación de la buena salud.

e. *Salud y ecología*

Una renovada consideración –ahora plenamente científica– de la *concepción ecológica de la salud* implícita en la idea del hombre como microcosmos y en la vieja doctrina de las *sex res non naturales:* luz y aire, alimento y bebida, movimiento y reposo, vigilia y sueño, excreciones, movimientos del ánimo. Nadie como H. Schipperges ha sabido mostrar la actual validez de ese esquema ecológico y antropológico.

Al estudiar más adelante las metas hacia las cuales tiende actualmente el acto médico, reaparecerán todos estos temas.

V. EL DIAGNOSTICO DE LA SALUD

Dedúcese de lo expuesto que cuando el médico se vea en el trance de diagnosticar la posesión de salud, y no sólo la carencia de enfermedad, dos habrán de ser sus reglas supremas: percibir lo perceptible y creer lo razonable.

Llamo *percepción de lo perceptible* a la recta observación de cuanto en el organismo, en la psique y en la conducta del sujeto permita afirmar su normalidad, entendida ahora como «no enfermedad»; por tanto, los datos morfológi-

cos, etiológicos, funcionales, érgicos y comportamentales en que esa normalidad suya se patentice.

Esto, sin embargo, no basta. A la percepción de lo perceptible debe unirse complementariamente la *creencia en lo razonable*. Esto es: en lo que el sujeto diga acerca de su buena salud –a la postre, su personal «Yo me siento sano»–, siempre que este aserto sea juzgado aceptable, razonablemente aceptable por parte del médico. Tema éste que necesariamente nos conduce a un problema más amplio y básico, que habrá de ser estudiado al examinar cuál debe ser la conducta del médico ante lo que le diga quien, sano o enfermo, como a tal médico le haya requerido.

CAPITULO 2

La enfermedad como problema antropológico

Si, como decían los viejos escolásticos, la propiedad –lo propio de un género o una especie y de todos los individuos que los componen– es un accidente no esencial del sujeto, pero derivado de la esencia de éste, de lo que él esencialmente es, la enfermabilidad, el poder en cualquier momento enfermar, debe ser considerada como una propiedad defectiva de los seres vivos. Hay propiedades que podemos llamar efectivas, como el poder hacer algo determinado: la *risibilitas* o capacidad de reír sería, ejemplo clásico, una propiedad efectiva de la especie humana. En tanto que hombre, el hombre puede reír; más aún, no puede no poder reír. Pero aunque un hombre no ría desde su nacimiento hasta su muerte, no por eso deja de ser hombre. Hay por otra parte propiedades a las que conviene el nombre de defectivas, aquellas en cuya virtud el sujeto, por esencia, por ser lo que es, puede padecer algo, aun cuando de hecho no llegue a padecerlo nunca. A tal género pertenece la posibilidad de enfermar. Con las salvedades que en páginas precedentes fueron hechas, cabe pensar que un ser viviente, planta, animal u hombre, puede no enfermar de hecho hasta su muerte; mas por obra de una esencial, inexorable condición de todo lo que vive –existir bajo la constante amenaza de una muerte accidental, y ser la enfermedad una de las posibles y más frecuentes causas de esa muerte–, un ser viviente no puede sustraerse al riesgo de enfermar. En la realidad del ser vivo más sano, la enfermabilidad es una genuina propiedad defectiva. La tan conocida ingeniosidad respecto de la permanente fragilidad de la salud –«la salud, un estado transitorio que no conduce a nada bueno»– no pasa de ser una verdad de Pero Grullo; verdad que sería aterradora si ese «estado transitorio», bien que bajo forma de salud relativa, no pudiese durar años y años. Suponiendo, naturalmente, que el sujeto procure mantenerlo.

Toda una serie de interrogaciones se derivan de las líneas que anteceden. ¿En qué consiste el paso desde la enfermabilidad, y por tanto desde la salud,

hacia la franca enfermedad? Genérica y universalmente considerada, es decir, como accidente en la existencia de todo ser vivo, planta, animal u hombre, ¿qué es la enfermedad? Y si la realidad y la vida del hombre son específicamente distintas de la realidad y la vida de los restantes seres vivos, ¿cómo debemos entender la enfermedad humana, en tanto que humana? Tales van a ser los temas de este capítulo.

I. LA ENFERMEDAD EN GENERAL

Un examen mínimamente detenido del estado vital a que de modo genérico llamamos «enfermedad» permite discernir en él dos momentos esenciales, real y cronológicamente conexos entre sí. En primer término, un desorden en la estructura y en la dinámica del individuo que consideramos enfermo. Desorden morfológico y desorden funcional, suele decir el habitual lenguaje científico. Una realidad material carente de estructura espacial específica e individualmente configurada y de una determinada ordenación temporal en su dinámica –un enjambre de electrones, una agregación informe de moléculas– no podría ser sujeto del accidente a que damos el nombre de «enfermedad». Y junto al desorden en la estructura y en la dinámica, dentro de él, si se quiere, una reacción de carácter autorreparador, consecutiva a ese desorden y adecuada a él. En una primera y genérica instancia, la enfermedad es un proceso autorreparador del desorden que ocasionalmente, y en virtud de causas externas a su propia naturaleza, padece una estructura material específica e individualmente configurada; proceso que puede terminar en el buen éxito (curación) o en un fracaso parcial (cicatriz) o total (destrucción de la estructura, muerte).

Ahora bien: ¿sólo las estructuras vivientes, los organismos mono o pluricelulares, son capaces de tal reacción autorreparadora? En los cristales, por ejemplo, es posible observar procesos de autorreparación. Una estructura cristalina levemente alterada por una acción exterior, tiende a restaurar su primitivo orden, aunque sólo sea parcialmente; suponiendo, como es obvio, que el medio lo permita. Muy probable es asimismo que esto ocurra en las estructuras materiales «bioides» (virus y formaciones afines); estructuras que, como es sabido, son en ciertos casos simples macromoléculas cristalizables (virus de mosaico del tabaco: Stanley, 1935). Además de ser capaces de producir enfermedad, ¿son los virus susceptibles de enfermar? La microfotografía permite observar la penetración de un bacteriófago en el interior del cuerpo de una bacteria a través de su membrana. ¿Cómo no pensar que algunos bacteriófagos quedan estructuralmente dañados en el curso de este proceso de agresión, y que la capacidad del fago para la autosíntesis adquiere en tal caso un carácter autorreparador?

A mi juicio, no podríamos entender plenamente lo que es la enfermedad sin construir lo que un escolástico llamaría *analogia morbi*: una gradación analógica de todos los sentidos reales y no metafóricos que puede llevar consigo el empleo del término «enfermedad». Empeño éste que comprende dos tareas,

una relativa a lo que ese término dice en todos los casos posibles y tocante la otra a lo que en cada uno de tales casos significa.

1. Un concepto genérico de «enfermedad»

Debo reiterar lo dicho: genéricamente considerada, la enfermedad es un accidente lesivo de una estructura energético-material; accidente cuyas consecuencias trata de reparar desde dentro de sí misma la estructura en cuestión. Tan pronto como en el cosmos aparece una estructura específica y la consiguiente capacidad para la autorreparación, hay «enfermedad», siquiera sea por modo analógico y rudimentario. Y puesto que en su evolución desde el *big bang* originario tiende el cosmos a producir estructuras, debe afirmarse que a su realidad misma pertenecen la enfermabilidad y la enfermedad; aquélla como propiedad defectiva y ésta como accidente modal. Ya en etapas anteriores a la biogénesis, la evolución del universo no es un proceso que siempre y necesariamente transcurra *in melius*, hacia lo mejor; más precisamente, hacia lo que nosotros, los hombres, consideramos mejor.

Junto a las acepciones analógicas del término «enfermedad» se hallan sus acepciones metafóricas. Por ejemplo, esa a que comúnmente recurren San Agustín, Unamuno y Klages cuando, cada uno a su manera, afirman que el hombre es un «animal enfermo». Llamar «enfermedad» a la peculiaridad de la especie humana respecto a las restantes especies animales no pasa de ser una metáfora sugestiva. La enfermabilidad es, sí, una propiedad, en cuanto que esencialmente pertenece a la naturaleza del hombre; la enfermedad, no. A la realidad integral del hombre pertenecen esencialmente, como vimos, la inquietud y la inseguridad, la esencial necesidad de ir cambiando y el hecho de que el cambio y la ineludible posibilidad de su fracaso sean y no puedan no ser problema más o menos angustioso; inquietud e inseguridad que sin duda tienen algo que ver con la enfermedad, así lo veremos, pero que en sí mismas no son enfermedad. Por ser realidad cósmica, el hombre es enfermable y con frecuencia enferma. Por ser humana esa realidad suya, su enfermabilidad y su enfermedad presentan caracteres específicamente propios.

2. Orden analógico de la «enfermedad»

Así entendida, la enfermedad puede ser un accidente de todas las estructuras energético-materiales del cosmos. Ateniéndonos tan sólo a las que se dan en nuestro planeta, hasta cinco niveles específicos cabe discernir en ella:

a. *Enfermedades de las estructuras cristalinas*

La autorreparación tiene ahora como meta la reconstrucción de la estructura material del cristal, con las propiedades físicas y químicas a ella inherentes.

El proceso destructivo de los monumentos arquitectónicos y escultóricos que llaman «enfermedad de la piedra» sólo lo es en sentido metafórico, porque en ella hay, sí, destrucción, pero no autorreparación.

b. *Enfermedades de las estructuras bioides*

Suponiendo que en la colisión célula-virus se produzca daño en el organismo o cuasi-organismo de algún virus asaltante, y que ese daño vaya seguido de un intento de autorreparación, la reacción morbosa consistirá en un movimiento hacia la reconquista de las propiedades biológicas de aquél, entre ellas su temible capacidad de reemplazar con el suyo el ADN de la célula que ha sido agredida.

c. *Enfermedades de las estructuras vegetales*

Son el objeto de estudio de la fitopatología.

d. *Enfermedades de las estructuras animales*

Son el objeto de estudio de la zoopatología.

e. *Enfermedades de la estructura humana*

Son el objeto de estudio de la antropopatología.

En las páginas subsiguientes dejaré de lado la «patología» de las estructuras cristalinas y bioides, examinaré sumariamente los modos vegetal y animal de enfermar y estudiaré con mayor detenimiento el tema que más directamente nos importa, el desorden morboso antropopatológico.

II. LA ENFERMEDAD VEGETAL

Desde la bacteria hasta el hombre, todo ser viviente, vegetal o animal, realiza en cuanto tal ser viviente tres funciones básicas: la *autoconservación*, así morfológica (nutrición, conservación de la forma específica e individual) como energética (respiración, mantenimiento de un nivel térmico adecuado), la *autorreproducción* o capacidad de engendrar, sexualmente o no, individuos de la misma especie y la *autorregulación* o control autónomo del conjunto de los movimientos y reacciones vitales de su propio cuerpo, con el consiguiente control funcional del medio en que el ser en cuestión vive; medio que así se convierte en *Umwelt* o mundo circundante propio, según la ya tópica expresión de J. von Uexküll. Del modo como estas tres funciones básicas sean cumplidas dependerá que el organismo sea vegetal, animal o humano.

1. El modo vegetal de la vida

Desde un punto de vista meramente descriptivo, el modo vegetal de la vida se halla integrado por los siguientes actos y hábitos: el nacimiento, el crecimiento, la nutrición, la homeostasis y la homeorresis, los ritmos vitales, la reproducción, la senescencia y la muerte. El modo de vivir propio del vegetal es, pues, la *vida aceptiva y reproductiva.* El vegetal no busca; capta hacia sí o encuentra lo que necesita para vivir y perpetuarse (alimento o individuo de otro sexo, en las plantas dioicas) y lo incorpora a su organismo. Lo cual no excluye que en los orígenes del modo vegetal de vivir –y por tanto en las formas vegetales más elementales y primitivas– pueda observarse cierta ambigüedad respecto del modo animal de realizar la vida. Así lo hacen ver las algas flageladas del género *Chlamydomonas,* en las cuales el movimiento dentro del medio se halla orientado por determinados tropismos.

2. Modos y modo de la enfermedad vegetal

De ahí la existencia de *tres modos fundamentales* en el enfermar del vegetal: traumatismos, enfermedades de la nutrición y del crecimiento (deficiencia de éste, tumores) y afecciones consecutivas a la acción de agentes externos (infecciones, intoxicaciones, afecciones parasitarias, desecación, acción patógena de la energía radiante).

Dentro de este cuadro general, y por contraste con los correspondientes modos de la enfermedad animal, es posible señalar en el enfermar vegetal ciertas peculiaridades:

a. *Mayor resistencia a la afección morbosa*

Es más acusada la refractariedad o la resistencia a la afección morbosa. Puede en líneas generales decirse que la vulnerabilidad de una estructura, y por consiguiente su enfermabilidad, va creciendo a medida que aumenta su nivel evolutivo.

b. *Localización de la acción autorreparadora*

La reacción autorreparadora se halla habitualmente limitada a la zona sobre que la agresión actúa. En el vegetal es muy escasa o nula la reacción de la totalidad del organismo. El principio virchowiano de la localización de la lesión queda en él cumplido con entero rigor.

c. *Carencia de ciertos modos de la respuesta*

En esa reacción faltan ciertas respuestas genéricamente propias del organismo animal. En la afección morbosa del vegetal se producen anticuerpos (li-

sinas, aglutininas, etc.), pero no hay fagocitosis. Pronto descubriremos el sentido biológico de este hecho.

III. LA ENFERMEDAD ANIMAL

Los antiguos, los medievales y los *Naturphilosophen* románticos afirmaron que la existencia animal asume en sí y en un nivel más alto la existencia vegetativa: el vegetal nace, crece y se reproduce; el animal nace, crece, se reproduce y siente. Esto es parcialmente verdadero, en cuanto que el animal es un ser viviente de algún modo *superior* al vegetal, y parcialmente falso, en cuanto que de algún modo es *divergente* de él. En efecto: a un nivel físico que nosotros, antropocéntricamente, consideramos «superior», en la existencia animal se repiten de manera más o menos semejante los actos y los hábitos de la existencia vegetal antes nombrados: nacimiento, crecimiento, nutrición, homeostasis y homeorresis, ritmos vitales, reproducción, senescencia y muerte. Pero en el modo de realizar todos ellos –especialmente la nutrición, la homeostasis y la homeorresis, el ritmo vital y la reproducción– aparecen «divergentemente» varias notas nuevas. Partiendo de un origen más o menos común, el *phylum* animal asume los modos de vivir del *phylum* vegetal y se aparta de él cada vez más.

1. La vida animal

Entre las características propias de la vida animal, he aquí las que parecen más importantes:

a. *Vida quisitiva*

Desde la ameba hasta el hombre, el animal, para vivir, *busca y captura:* la presa para su nutrición; la hembra o el macho, si la reproducción es sexual, para la procreación; el objeto de la actividad lúdica, para satisfacer el sentido del juego; un espacio vitalmente idóneo, para el movimiento y el descanso. Para vivir, el animal necesita salir de sí, y esto otorga a su vida una apariencia de espontaneidad. La espontaneidad del animal, en efecto, es sólo aparente; en realidad, siempre es reactiva a un estímulo del medio. Pero también es cierto que los estímulos sólo llegan a ser funcionalmente eficaces cuando así lo permite o lo favorece, dentro de un estado vital del organismo reagente, un determinado tono específico respecto del estímulo en cuestión (hambre en el caso de los estímulos alimentarios, apetito sexual en el de los estímulos sexuales, etc.). Sólo en virtud de una adecuada conjunción entre el estímulo y el tono vital –nutricio, sexual, competitivo, asociativo, lúdico, cinético o hípnico, según el estado y la situación del organismo reagente– se produce en el animal la busca de lo que para vivir necesita.

b. *Ensayo y error*

Cuando la captura de la presa no es lograda en un primer intento, el animal se conduce conforme a la pauta conocida con el nombre de *ensayo y error;* esto es, repite su tentativa rectificando la trayectoria que inicialmente siguió. Opera por tanto con una memoria del pasado inmediato, sea meramente bioquímico o formalmente neurofisiológico el mecanismo de ella.

c. *Automoción y sensación*

Para buscar y capturar, el animal –ameba, chimpancé u hombre– necesita moverse orientadamente; más exactamente, *automoverse.* Y para automoverse orientadamente en su medio, debe *sentir éste* y *sentirse* a *sí mismo.* La automoción, la sensibilidad y el autosentimiento –bajo forma de sentiscencia y autosentiscencia en los niveles biológicamente inferiores (Zubiri)– son así notas esenciales de la existencia animal.

d. *El todo del organismo*

Para automoverse saliendo de sí y para sentir, el animal necesita además que su organismo funcione integrada y coordinadamente como *un todo.* Así acontece en toda la escala animal, desde los rudimentarios mecanismos biofísicos y bioquímicos de la ameba hasta el complicado conjunto funcional que en los animales superiores forman el sistema nervioso, las hormonas, los mediadores químicos y los electrólitos.

e. *Ciclos y ritmos*

Todo ello determina que la existencia animal, dentro del básico proceso vital que constituyen el nacimiento, el crecimiento, la reproducción, la senescencia y la muerte, se realice en los *ciclos y ritmos* propios de ella: la vigilia y el sueño, el reposo y la búsqueda o el juego, el hambre y la saciedad, la indiferencia sexual y el celo, la agresión y la fuga. Joven o viejo, todo animal vive en cada momento realizando conforme a una pauta específica e individual uno o varios de esos ritmos básicos.

f. *Adaptación dinámica al medio*

La relación entre el animal y su medio cobra forma de *adaptación dinámica;* la cual, en las edades tempranas y cuando en los niveles superiores de la escala zoológica va siendo muy acusado el papel configurador de la madre, se realiza como «urdimbre afectiva» (Rof Carballo).

En suma: así como la *vida aceptiva y reproductiva* es el modo de vivir propio del organismo vegetal, el del organismo animal es la *vida aceptiva, reproductiva y quisitiva,* en un sentido a la vez etimológico y amplio de este último término. El animal, a veces, se limita a aceptar lo que por azar encuentra y

conviene a su vida; pero lo propio de él –para nutrirse, para reproducirse, para ejercitarse, para descansar, para jugar– es vivir buscando y encontrando. A ello proveen de modo conjunto sus instintos, los diversos sistemas de su automoción y su sentir.

2. La enfermedad animal

Todo lo precedente quiere decir que el enfermar animal va a presentar, respecto del enfermar vegetal, ciertas peculiaridades originales. Por lo menos, las siguientes:

a. *Mayor vulnerabilidad*

Una es de orden cuantitativo: el mayor número de las enfermedades que el animal padece, como consecuencia de la *mayor vulnerabilidad de su organismo.* Como el vegetal, el animal enferma padeciendo y haciendo desórdenes en su crecimiento y en su nutrición, tumores, afecciones traumáticas o consecutivas a otras agresiones físicas del ambiente, infecciones, intoxicaciones y parasitosis; pero en número considerablemente mayor.

b. *Sentimiento de la propia enfermedad*

El animal *siente su enfermedad* y manifiesta este sentimiento mediante las actividades motoras y expresivas de su conducta que nosotros, antropomórficamente, solemos llamar «dolor», «tristeza», «miedo», «irritación», etc.

c. *Reacción del todo del organismo*

El organismo animal reacciona a la agresión morbígena *como un todo.* La patología animal es por tanto holística, en el amplio sentido biológico que esta palabra posee desde hace varios decenios. Con su respectiva peculiaridad, las construcciones fisiológicas y fisiopatológicas de Jackson, von Monakow, Sherrington, Bechterew, Speransky, Kraus y von Bertalanffy pueden ser aplicadas, *mutatis mutandis,* a toda enfermedad animal. Y si se sustituye el concepto de «sistema nervioso» por el de «integración bioquímica», incluso a las enfermedades de las amebas y los paramecios pueden aplicarse.

d. *«Busca y captura» y «ensayo y error»*

El animal reacciona a la agresión morbígena según los esquemas «busca y *captura»* y *«ensayo y error»,* propios ambos de la vida quisitiva. La fagocitosis, reacción defensiva específicamente animal, y la busca instintiva de hierbas sanadoras, tan notoria en los animales superiores, son los modos concretos de realizarse esa genérica peculiaridad de la conducta animal.

e. *La neurosis*

La posibilidad de error a que acabo de referirme añade a los mencionados un modo de enfermar genéricamente nuevo, respecto de los observados en el reino animal: la *neurosis*, que en determinadas ocasiones puede convertirse en verdadera psicosis. Pero tal novedad requiere párrafo aparte.

3. La neurosis como enfermedad animal

La elaboración experimental y teorética de la doctrina del reflejo condicionado condujo, ya en el periodo inicial de la escuela de Pavlov, al descubrimiento de las llamadas «neurosis experimentales». A título de ejemplo, y por su carácter en cierto modo clásico, recordaré tan sólo un experimento de Shenger y Krestovnikova (1921).

Se comienza por crear en un perro un reflejo condicionado mediante la visión de figuras geométricas circulares. Al cabo de algún tiempo, se consigue que la simple presentación de un círculo provoque la salivación del animal. A continuación, se instaura una novedad en la provocación de la respuesta: la exhibición del círculo es reforzada con la administración simultánea de carne; y si en lugar del círculo es mostrada al perro una elipse, la salivación no se produce. Cuando el reflejo condicionado y el ejercicio de su diferenciación han sido bien establecidos, se van mostrando al perro elipses cada vez más próximas al círculo, cada vez más «redondas». Aunque el esfuerzo de discriminación debe ser cada vez mayor, el perro va resolviendo satisfactoriamente las nuevas situaciones. Pero al llegar a una elipse en que la relación de los ejes mayor y menor sea de 9 a 8, muy próxima, por tanto, al círculo, la discriminación se le hace imposible, y el animal cae en un estado «neurótico»: pierde los reflejos condicionados que había adquirido y manifiesta prolongadamente irritabilidad y agitación motora.

Procedentes de escuelas científicas rusas o norteamericanas, el número y la variedad de los cuadros neuróticos producidos experimentalmente es muy considerable. Tanto, que es posible diseñar una descripción sistemática del modo animal de vivir al que ya es tópico llamar «neurosis experimental».

a. *Sintomatología neurótica*

La *sintomatología* del trastorno se halla integrada por dos órdenes de fenómenos diversamente mezclados entre sí, según los casos: las alteraciones de la conducta individual y social –entre ellas, la «desesperanza» *(hopelessness)* de las ratas condenadas a no alcanzar lo que buscan (C. P. Richter)–, que cuando se intensifican y se hacen irreversibles pueden convertirse en verdaderas psicosis, y los cuadros sintomáticos de carácter visceral. Susceptible de producción experimental, surge así una «patología corticovisceral» –tal es el nombre que dan los pavlovianos a la «patología psicosomática» de los anglosajones–,

que en principio puede afectar a todos los órganos y aparatos (Petrova, Bykov). Por otra parte, la expresión fenoménica de las neurosis experimentales permite aislar en el perro distintos «tipos neuróticos» de carácter constitucional (Pavlov).

b. *Génesis*

Cabe también distinguir diversos tipos en la *génesis de la acción neurotizante.* Hállanse en primer término las neurosis consecutivas a un aprendizaje difícil. Existen en segundo lugar las neurosis provocadas por un aprendizaje que termina siendo imposible o inadecuado. Vienen, en fin, las determinadas, no por el aprendizaje conflictivo, sino por la recepción de estímulos sensoriales de intensidad especialmente fuerte.

c. *Qué es una neurosis experimental*

A la vista de todo lo expuesto, ¿qué es, *en qué consiste una neurosis experimental*? Dos partes y una nueva pregunta debe tener la respuesta:

1.ª La neurosis experimental es un desorden patológico en la conducta o en las funciones viscerales del animal, producido por una situación vital que, sin ser formalmente destructiva, rebasa la capacidad de control sobre el medio específica e individualmente propia del organismo en cuestión.

2.ª Es, por tanto, un modo de enfermar sólo posible en seres vivientes en los cuales la vida sea busca y captura, con la consiguiente posibilidad de error, y cuyo organismo posea capacidad para sentir y automoverse. Con otras palabras: la neurosis experimental es a la vez una verdadera neurosis –aunque el organismo que la padece no posea un sistema nervioso *sensu stricto*– y un desorden morboso genéricamente propio de la vida animal.

3.ª En el animal, ¿puede haber neurosis espontáneas, como las hay experimentales? La vida del animal en la selva o en domesticidad no sometida al violento artificio del experimento, ¿lleva consigo la posibilidad de un enfermar propiamente neurótico? Con su orientación cada vez más etológica, más atenida, por tanto, a las normales condiciones de vida del animal de experimentación, la investigación norteamericana ulterior a Thorndike y Skinner parece autorizar una respuesta afirmativa a estas interrogaciones.

Es ahora cuando podemos plantearnos de frente el problema de la enfermedad humana.

IV. LA ENFERMEDAD HUMANA

En tanto que humana, ¿qué es la enfermedad? Para un hombre, ¿en qué consiste el estar enfermo? ¿Cómo desde la salud, y por tanto desde la enfermabilidad, pasa el hombre a la enfermedad propiamente dicha?

Para responder a estas interrogaciones, partamos, como metódicamente nos hemos propuesto, de una observación tan obvia como desconocida en los tratados de patología: que de la enfermedad humana es posible hablar desde dos puntos de vista muy distintos entre sí, bien que entre sí complementarios. Por una parte, el punto de vista de *la* enfermedad: la enfermedad humana en cuanto que padecida por alguien que está ante mí, la enfermedad como realidad objetivamente considerada. Por otro lado, el punto de vista de *mi* enfermedad: la enfermedad humana en cuanto que padecida por uno mismo, la enfermedad como realidad subjetivamente vivida.

En un apartado ulterior veremos cómo esa complementariedad puede ser unitaria y sistemáticamente estudiada. Ahora, y aun sabiendo muy bien que hablando de *la* enfermedad –si es de su verdadera realidad de lo que hablo, y no de abstracciones tipificadoras o patológico-comparativas– no puedo dejar de considerar mi enfermedad, trataré de ella tal y como en su práctica clínica la ve el médico: como un accidente, en este caso morboso, en la vida de un hombre que está ante mí; de un sujeto, por tanto, al que sólo falseando intelectualmente su realidad propia puedo considerar mero objeto.

Pienso, sin embargo, que no será improcedente iniciar mi empeño con una breve introducción filológica e histórica.

1. Filología y conceptuación de la enfermedad humana

¿Pueden decirnos algo útil los nombres que los distintos pueblos han dado a la enfermedad y las múltiples definiciones de que ese pasado del vivir humano ha sido objeto a lo largo de los siglos? Veámoslo.

a. *Los nombres de la enfermedad*

Aplicando al tema su idea de la «prenoción vulgar» –esto es: que antes de reflexionar racional y científicamente sobre un determinado aspecto de la realidad, los hombres le han dado diversos nombres, y que en éstos laten intuiciones útiles para el filósofo y el científico–, Letamendi trató de ver lo que significan las palabras con que muy diversos pueblos han nombrado el enfermar. «Existe un modo de vivir –escribía el sutil y discutido patólogo– que ya no es la salud y aún no es la muerte, y que por lo que influye, así en los individuos como en los pueblos, no deja de tener nombre en toda lengua definida.»

Dice Letamendi haber estudiado el problema en más de ciento veinte lenguas. He aquí algunos datos. En griego se nombra el estado de enfermedad con varias palabras: *nósos* (daño), *páthos* (padecimiento, pasión, afección, dolencia), *asthéneia* y *arrostía* (debilidad, desvalimiento). El latín, por su parte, dice *morbus* (lo que hace morir), *passio* (padecimiento, pasión), *aegrotatio* (*aeger*: el que gime o está de mal talante) e *infirmitas* (debilidad, falta de firmeza). En castellano usamos casi indistintamente los términos *enfermedad, mal, dolencia, padecimiento* y *afección*. En francés la enfermedad se llama *maladie* (*malade*

es *male aptus*, según Littré), *infirmité* y *affection*. En inglés, *illness*, *sickness* y *disease*. En alemán, enfermo es *krank* y *siech*. Nada más fácil que aumentar la relación.

¿Qué nos dice esta general y casi coincidente diversidad acerca de lo que, previamente a toda reflexión filosófica o científica, la enfermedad ha sido para el hombre? Dejemos la palabra al propio Letamendi: «Tres predicados universales del fenómeno enfermedad vienen sugeridos por la observación y experiencia de los pueblos: *a) deficiencia (asthéneia, infirmitas); b) daño positivo (nósos, morbus); c) daño sentido (páthos, aegrotatio, dolentia)*. Obtenido este residuo glótico, o sea, esta explicación del término *enfermedad* como un modo de vivir *deficiente, malo* y *aflictivo*, sujetémoslo –sigue diciendo Letamendi– a la contraprueba de su consideración dinámica, y, si la resiste, podremos estar seguros de que estamos en posesión de un verdadero principio de ciencia, inmutable y fecundo».

Dejemos a nuestro patólogo enfrascarse en sus cavilaciones acerca de la fórmula de la vida y la aplicación de ésta a la conceptuación científica de la enfermedad, y antes de iniciar nuestra propia reflexión examinemos sumariamente algunas de las definiciones, comprendida la del propio Letamendi, que para dar razón de aquélla han sido propuestas.

b. *Definiciones de la enfermedad*

Es bien sabido que la primera conceptuación científica –«fisiológica», en el primitivo sentido de esta palabra– de la enfermedad humana es la contenida en el famoso fragmento en que el bizantino Aecio transmitió la doctrina, muy probablemente pitagórica, de Alcmeón de Crotona: «La salud –enseñó Alcmeón– es mantenida por el equilibrio (igualdad de derechos, *isonomía*) de las potencias *(dynámeis)*: lo húmedo, lo seco, lo frío, lo caliente, lo amargo, lo dulce y las demás. El predominio *(monarkhía)* de alguna de ellas produce, por el contrario, enfermedad» (Diels-Kranz, B 4). La enfermedad sería en primer término un desequilibrio del buen orden de las potencias –lo caliente predomina sobre lo frío, lo seco sobre lo húmedo, etc.– en que fisiológicamente consiste la salud.

Dos conceptos expresarán en el Corpus Hippocraticum la resonancia de esa fecunda idea alcmeónica: el de *dyskrasía* (mala mezcla de los humores, por predominio morboso de alguno de ellos), en los muchos escritos de orientación humoral, y el de *dýsrroia* (mal flujo del *pneuma* por los canales que le conducen) en los pocos de orientación neumática. Las enfermedades serían los distintos «aspectos» *(eidê)* que de hecho adopta, al manifestarse sintomáticamente, ese básico desequilibrio en la *phýsis* del individuo enfermo.

Pero una lectura atenta de los escritos hipocráticos permite ampliar con datos nuevos, más o menos relacionados con el pensamiento griego arcaico, esa concepción ya «fisiológica» de la enfermedad. Esta sería un estado de la *phýsis* del individuo afecto caracterizado por las cinco siguientes notas: la *injusticia (adikía*, en un sentido físico-ético de esta palabra: el desajuste cósmico, la falta de justeza o ajustamiento en el orden de la *phýsis)*, la *impureza (akatharsía*: el

enfermo es un hombre sucio o impuro, también en un sentido a la vez físico y ético; de ahí la expresión «materia pecante» de la medicina tradicional), la *fealdad* (*aiskhrotês*: en el enfermo se halla alterada la primaria, radical belleza que posee la ordenación de la *phýsis* en forma de *kósmos;* la enfermedad lleva consigo *akosmía*, desorden del *kósmos*), la *desproporción* (*ametría*, concepto más abstracto y más riguroso que los de *monarkhía* y *dyskrasía*) y la *pena* o *aflicción* (*lypê*). A través de los primeros filósofos presocráticos, la visión arcaica del universo se hace, con los sanadores hipocráticos, médica y racional.

Esta idea alcmeónico-hipocrática del enfermar no alcanzó la forma concreta de una definición técnica. Las definiciones de la enfermedad comenzarán más tarde; ni siquiera Galeno ofrece una formulación unitaria. No obstante lo cual, por él comenzaremos nuestro sinóptico examen de las que en la historia del saber médico merecen ser destacadas:

1.ª *Definición galénica.* El pensamiento nosológico del Pergameno queda bien expresado, a mi modo de ver, por la siguiente fórmula: la enfermedad es una disposición preternatural del cuerpo, por obra de la cual padecen inmediatamente las acciones vitales. Vale la pena explicar sumarísimamente el sentido de todos los términos que Galeno emplea.

Diáthesis o «disposición habitual». Para que haya enfermedad propiamente dicha, el desorden de la naturaleza individual debe durar algún tiempo. Una perturbación instantánea de ella no sería, en rigor, verdadera enfermedad.

«Preternatural», *parà phýsin*. La disposición habitual en que la enfermedad consiste se aparta del orden natural o *katà phýsin* que en estado de salud posee la vida de quien la padece.

«Del cuerpo». La enfermedad es siempre del cuerpo. Fuera del cuerpo, piensa Galeno, puede haber causas de enfermedad (el frío, por ejemplo) o consecuencias de ella (por ejemplo, la tristeza del enfermo), pero no enfermedad.

«Por obra de la cual». La disposición preternatural del cuerpo es la causa inmediata de lo que en él realiza y manifiesta su estado morboso (los síntomas) y de lo que respecto a su enfermedad siente el enfermo.

«*Padecen inmediatamente*». La enfermedad sería fundamentalmente *páthos*, pasión, afección pasiva; la cual afecta de modo inmediato a «las acciones vitales», es decir, a las operaciones en que la *phýsis* humana se realiza: la digestión, la respiración, el pulso, el movimiento, la sensación, el pensamiento, etc.

Siglos y siglos va a vivir la medicina occidental de esta concepción galénica de la enfermedad.

2.ª Los antigálenicos de los siglos XVI y XVII –Paracelso y Van Helmont, iatromecánicos, iatroquímicos– se apartan de uno u otro modo, más en la forma que en el fondo, a veces, de la nosología galénica, y por tanto de la definición de la enfermedad en que ella se concreta. Será, sin embargo, Sydenham, el médico que a ese respecto inicie una etapa nueva, porque él es quien resueltamente rompe con la al parecer obvia identificación entre *nósos* y *páthos*. «La enfermedad –afirma, en efecto, Sydenham– es un esfuerzo de la naturaleza (*co-*

namen naturae), que con el fin de sanar al enfermo trabaja con todas sus fuerzas para eliminar la materia morbífica.» Tanto como *páthos,* afección pasiva, la enfermedad es *érgon,* resultado de una actividad enérgicamente enderezada a un fin: la reconquista de la salud. El carácter activo del proceso morboso y su primario sentido biológico, la reconquista de la salud mediante la *exterminatio* de lo que la ha producido, quedan resueltamente incorporados a la tradición médica, aunque, acaso por considerarlo demasiado obvio, parezcan olvidarlo algunos tratadistas. «Enfermedad –escribirá dos siglos más tarde, valga este ejemplo, A. M. E. Chauffard– es una evolución de actos anómalos, causados por una impresión vital morbífica, que supera la resistencia de la actividad sana y provoca una tendencia activa al restablecimiento.»

3.ª En el último tercio del siglo XIX, una de las figuras más importantes de la patología general europea, si no la que más, fue J. Fr. Cohnheim. Suya es la definición que sigue: «Enfermedad es una desviación del proceso normal de la vida, producida por una acción perturbadora de las condiciones externas y de los poderes internos del organismo». La fórmula de Cohnheim, como otras de la época, introduce formalmente en la definición la idea de «anormalidad», que presupone el concepto de «norma» y la utilización técnica de éste por el pensamiento científico-natural del siglo XIX. Alude de modo bien claro, por otra parte, a las «causas internas» o «dispositivas» del proceso morboso. No menciona expresamente, en cambio, el carácter reactivo de este proceso y su sentido biológico, la reconquista de la salud. ¿Será responsable de tal omisión la general actitud antiteleológica de la ciencia natural ochocentista? Pero ¿podía desconocer ese sentido biológico de la reacción morbosa el hombre que había entendido como él lo hizo la anatomía patológica de la inflamación?

No puede decirse lo mismo de Ch. G. Bouchard, el autor que desde la medicina francesa compartía con Cohnheim el cetro europeo de la patología general. «Enfermedad –escribió el patólogo parisiense– es el conjunto de los actos funcionales, y secundariamente de las lesiones anatómicas, que se producen en la economía, la cual sufre a la vez las causas morbíficas y reacciona contra ellas.» Curiosa sustitución de los términos «organismo», «individuo» o «persona» por la palabra «economía».

4.ª Añadiré a las anteriores dos definiciones españolas, ampliamente difundidas en las cátedras de nuestro país durante los últimos lustros de la centuria pasada y los primeros de la actual. Son las de Letamendi y Corral y Maestro.

Dice la de Letamendi: «Enfermedad es una perturbación vital relativa, ocasionada por causa cósmica, determinada por aberración física de la energía individual y caracterizada por trastornos plástico-dinámicos». Me pregunto si la definición letamendiana aporta novedades esenciales a las que históricamente la anteceden; y también si esa «causa cósmica» no desconoce la existencia de enfermedades de etiología endógena o constitucional; y, en fin, si el concepto de «aberración física de la energía individual» es suficientemente explícito y acertado.

Más satisfactoria encuentro, pese a su deliberada concisión, la que propone Corral y Maestro: «Enfermedad es un modo de vivir anormal, en que el orga-

nismo reacciona contra algún daño». Aparte la vaguedad y la imprecisión del término «daño» –¿cuántos «daños» sufre la vida de un hombre sin que su reacción contra ellos merezca el nombre de enfermedad?–, encuentro sumamente valiosa la introducción del «modo de vivir» como género próximo de la definición. Modo de vivir es primariamente el accidente morboso, y a esta idea habremos de volver en las páginas subsiguientes.

5.ª La patología académica o científico-natural del siglo XX ha añadido a las consignadas varias definiciones más que a mi modo de ver, salvo el empleo de expresiones procedentes de la ciencia al día, no enriquecen sustancialmente las que anteriormente he transcrito. Me conformaré, pues, con recoger con cierto orden el conjunto de las ideas que éstas nos han legado: la enfermedad es a la vez afección pasiva y acción reactiva: esa afección y esta reacción, que son consecuencia de causas cósmicas o de causas internas, muéstranse claramente anormales; poseen, por otra parte, un sentido biológico: su tendencia, no siempre suficientemente eficaz, al restablecimiento de la salud; tienen como origen inmediato una alteración anatómica y funcional del organismo; se manifiestan como perturbaciones de las actividades que constituyen la vida normal o hígida del individuo.

Hasta aquí, la historia. Desde aquí, lo que en esa historia ha puesto la patología de nuestro tiempo y lo que nuestra reflexión –basada en la idea central de este libro: que por su misma esencia puede el hombre ser, entre otras cosas, un sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal– sobre el tema nos vaya diciendo.

2. Los modos humanos de enfermar

¿Hay modos de enfermar propios del hombre, enfermedades que él padece y no llegan a padecer los restantes animales? Teniendo en cuenta no más que la patología espontánea del animal –excluyendo, por tanto, las enfermedades que experimentalmente puedan ser en éste producidas–, parece que no pocos de los modos de enfermar del hombre son, por así decirlo, exclusivas suyas. Según los anatomopatólogos C. Krause y Dobberstein –tomo el dato del libro *Der Mensch und seine Krankheit*, de Jores–, las especies animales no llegan a padecer espontáneamente la arteriosclerosis, el asma, la hipertensión, las enfermedades reumáticas y las alérgicas, la obesidad, la úlcera péptica (como no sea por erosión mecánica natural o experimental de la mucosa gástrica: Konjetzny) y algunas dolencias más, tan frecuentes como éstas en la especie humana.

¿Por qué sucede esto? ¿Por razones exclusivamente orgánicas y estructurales? La mayor vulnerabilidad del hombre a las causas de enfermedad y el hecho de que en su vida puedan aparecer enfermedades nuevas, ¿se hallan únicamente condicionados por la mayor complejidad y la peculiar estructura de su organismo? A éste y a todos los respectos esa estructura es, por supues-

to, condición necesaria. Digamos con Hildegard de Bingen: *homo corpus est ubique*, dondequiera es cuerpo el hombre. Sin la posesión de un pulgar oponente, el organismo humano no podría padecer una inflamación o una neurosis del músculo oponente del pulgar. Sin la telencefalización propia del cerebro humano, no serían posibles ciertas enfermedades neurológicas y algunos desórdenes de la conducta. Lo mismo cabría decir respecto de varias peculiaridades del metabolismo, de la dinámica respiratoria, etc. De ahí que por razones puramente orgánicas pueda haber una «patología comparada» –homóloga de la «anatomía comparada» que han elaborado los morfólogos– de todo el mundo viviente, de todo el reino animal, de los vertebrados o de los mamíferos; como por las mismas razones hay dentro de ese marco científico una «patología diferencial» de la especie «perro» o de la especie «hombre». Esta última es la que exponen los habituales tratados de patología médica. Pero en la determinación específica e individual del animal humano hay algo más, porque, respecto de las restantes especies del reino animal, la humana es a un tiempo comparable e incomparable, y con un modo de la incomparabilidad distinto del que separa al perro del caballo o al tigre del chimpancé. En ella no sólo son distintos, respecto de los observables en los restantes animales, «los modos de enfermar», es también diferente algo más radical y decisivo, «el modo de enfermar». Veámoslo.

3. El modo humano de enfermar

A la especificidad propia de la especie humana pertenecen las estructuras psicoorgánicas (operativas, impulsivas, signitivas, expresivas, cognitivas, pretensivas y posesivas) antes estudiadas, la realización dinámica de su vida y su conducta como biografía y la resolución de ésta en vidas sucesivas y vidas complementarias, en desarrollos y procesos, en cambios elementales de estado. Además de ser «cuerpo-para-otro» o «cuerpo objetivo», el cuerpo humano es también, complementariamente, «cuerpo-para-mí» o «cuerpo fenoménico», y esto añade a su consideración científica un elemento específicamente nuevo. El examen de la realidad humana, en el cual necesariamente habrán de combinarse mi experiencia de mí mismo y mi experiencia de los otros, permite describir en ella el modo de ser que llamamos «intimidad», a la que pertenecen como momentos integrantes la idea de sí mismo, la libertad en sus distintas formas y la vocación. Por todo lo cual las actividades en que genérica y característicamente se realiza la vida animal –la aceptiva, la reproductiva, la sensitiva y la quisitiva– adoptan ahora una forma cualitativa y esencialmente nueva: la acepción se convierte en apropiación personal; la reproducción –o la actividad sexual en que se ha renunciado a ella– es ejecutada dentro de un marco formado a un tiempo por convenciones sociales, los *nómoi* de la procreación de que habló Demócrito, y por decisiones personales; la sensación se eleva a intelección sentiente, y el estímulo a impresión de realidad; la busca y captura, en fin, se trueca en proyecto, y el esquema «ensayo y error» se modifica esencial-

mente por obra de la reflexión intelectiva que en una u otra forma acompaña a los dos términos de él. Así el hombre puede actuar como verdadero hombre o, para decirlo con la expresión de Goethe antes transcrita, «ser más bestial que cualquier bestia». Lo que el hombre no puede ser es superhombre, ni ángel, ni simple bestia. Todo lo cual determina que el ser humano adquiera y padezca la enfermedad de un modo específicamente propio. No sólo porque de hecho padezca *más* enfermedades, también porque sus enfermedades, cualquiera que sea su nombre, y por el decisivo hecho de ser humanas, *son otras*. Trátase, pues, de bosquejar con alguna precisión esta radical peculiaridad específica del modo humano de enfermar.

En cuanto que proyectadas sobre el enfermar las notas diferenciales de la vida humana antes consignadas, la enfermedad del hombre presenta los siguientes rasgos característicos:

a. *La enfermedad, realidad sensible y cognoscible*

El animal se limita a sentir su enfermedad. Juzgando por lo que nos dice la contemplación de su conducta, la enfermedad, para él, es tan sólo un estímulo y un sentimiento, el estímulo y el sentimiento a que en su organismo y en su conducta da lugar el hecho de estar enfermo. Para el hombre, en cambio, la enfermedad es una *realidad sensible y cognoscible*. Sintiéndola de uno u otro modo, la vive afectiva y cognoscitivamente como algo «real».

Muy poco tiene que ver este aserto con el viejo y caduco ontologismo nosológico de los Paracelso, los Van Helmont y los Jahn. En modo alguno trato ahora de afirmar que la enfermedad tenga en sí y por sí misma realidad sustantiva, el *ens vere subsistens in corpore* de la aquilatada fórmula helmontiana; digo tan sólo que para el hombre, y por el hecho de poseer éste la inteligencia que específicamente posee, el «estado de enfermedad» es un estado real de su existencia, frente al cual tiene que situarse según tres distintos respectos: el intelectivo, el afectivo y el operativo. Sintiendo su propia enfermedad o la impresión de la enfermedad ajena, el hombre la entiende de un modo o de otro, la padece con un afecto o con otro y de una u otra manera actúa sobre ella; pero siempre según lo que ella es, viéndola y entendiéndola como algo que tiene su *realidad propia*, aunque ésta se halle esencialmente referida a la realidad del sujeto que la padece. «Mi» enfermedad y «su» enfermedad son concreciones particulares de «la» enfermedad.

En el caso de «mi» enfermedad, la expresión verbal de ese juicio de realidad es el aserto «Yo estoy enfermo»; juicio en el cual el estado de enfermedad es en mi conciencia un objeto frente al cual yo me sitúo. Gracias a este carácter real y objetivable de su estado de enfermedad puede el enfermo acudir al médico. «Aquí le traigo mi enfermedad», viene a decir el paciente en tal situación.

En el caso de «su» enfermedad, el juicio de realidad se expresa en el «Este hombre está enfermo» del profano o del médico; juicio en el cual el estado de enfermedad es el desorden morboso –anatómico, funcional y psíquico– que el

médico llega a objetivar mediante los recursos de su arte. «He aquí la enfermedad», se dice ante los resultados de su exploración y su conclusión diagnóstica.

Gracias, pues, a que la enfermedad es real para el hombre, y puede así hacerse objeto de su inteligencia y su operación, han podido existir el cuerpo de saberes y técnicas y la institución social a que damos el nombre de Medicina.

b. *La enfermedad, episodio biográfico*

Para el animal, la enfermedad es una vicisitud biológica en el curso de su existencia; un doloroso hallazgo no buscado que puede producirle la muerte o del que pueden quedar como secuelas insensibles o sensibles la inmunidad y la cicatriz. Para el hombre, en cambio, y en cuanto que la padece, es un más o menos grave y azaroso *episodio en el curso de su autorrealización*, por tanto de su biografía, que puede adquirir significaciones distintas y del que siempre le queda –además de la inmunidad o la cicatriz– cierta experiencia vital. En la vida del animal, el hecho de la enfermedad es un mal biológico puro y simple. En la vida del hombre, el evento de enfermar es un mal a la vez biológico y biográfico, del cual es posible obtener algún bien.

c. *La enfermedad, fuente de acción creadora*

Para el animal, y en tanto que estímulo de su medio, la enfermedad de otro animal de su grupo es tan sólo la causa de una alteración más o menos grave de su socialidad instintiva, de un desorden en la relación de liderazgo y subordinación, en la cooperación con los compañeros de manada del mismo rango, en el acoplamiento sexual, etc. Para el hombre, y en cuanto que realidad de su mundo, la enfermedad de otro hombre, e incluso la de cualquier ser viviente, es motivo para una modificación de ese mundo dotada de carácter creador; es decir, *causa y ocasión de una acción empírica, mágica o técnica* susceptible de tradición. Si la enfermedad ajena no fuese para el hombre algo esencialmente distinto de lo que es para el animal, no habrían podido aparecer sobre el planeta ni la medicina empírica, ni la medicina mágica, ni la *tékhnê iatriké* o «arte de curar».

d. *La enfermedad, objeto de apropiación*

El animal se limita a «estar enfermo» reaccionando en una forma o en otra, pero siempre de un modo puramente instintivo, a la enfermedad que padece. Para el hombre, en cambio, unas veces por vía de aceptación, otras por vía de rechazo, la enfermedad es siempre una experiencia que *se constituye en objeto de apropiación personal*. Además de estar enfermo, yo, en cuanto hombre, hago y padezco «mi» enfermedad, y ésta es «mía» según un modo de afección a mi persona en cuyo seno se mezclan, con predominio mayor de uno o de otra, el rechazo y la aceptación. El hombre, en suma, se sitúa y no puede no situarse íntima y personalmente ante la realidad de «su» enfermedad; ésta tiene para él

un sentido, el que sea, y es ocasión de actos morales. Además de ser una vicisitud física, la enfermedad humana es para el enfermo un problema moral.

e. *Enfermedad, inteligencia y libertad*

En cuanto que reacción de un puro organismo, la enfermedad del animal tiene como único motor la energía de los distintos mecanismos fisicoquímicos en que y con que se realizan los instintos del individuo enfermo y su relación con el medio. En cuanto que respuesta de un organismo esencialmente dotado de inteligencia y libertad, la enfermedad del hombre lleva siempre en su seno, más o menos claramente expresadas, *la inteligencia y la libertad del sujeto enfermo*, tanto respecto de la génesis del estado morboso, como respecto de la configuración sintomática de éste. Puede decirse que entre la simulación, en la cual *casi todo* es consecuencia de un acto de voluntad, hasta las enfermedades más acusadamente orgánicas, como una fiebre tifoidea o un cáncer de estómago, en las que *casi todo* es consecuencia de una reacción biológica y no voluntaria al agente causal, no deja de haber una transición continua. El hecho de que en ocasiones sea un problema delicado el diagnóstico entre la simulación y la neurosis lo demuestra del modo más evidente.

En suma: como realidad constitutivamente suprastante (Zubiri), el hombre tiene que hacer su vida «estando sobre sí», lo cual da lugar, en lo tocante a nuestro tema, a tres distintas consecuencias:

1.ª La mayor enfermabilidad de la especie humana en relación con las restantes especies animales.

2.ª La aparición de un «modo de enfermar» –cualesquiera que sean la índole y el nombre de la dolencia padecida– específica y esencialmente nuevo.

3.ª La existencia de «modos particulares de enfermar» –las llamadas «enfermedades de la civilización», las afecciones morbosas en cuya génesis tienen parte importante los sentimientos de culpa, las dolencias más acusadamente «psicosomáticas» y «sociosomáticas» (Schaefer y Blohmke), etc.– rigurosamente propios de la especie humana.

4. Las neurosis del hombre

No será inoportuno comparar brevemente las neurosis experimentales del animal y las neurosis de la patología humana. He aquí una neurosis experimental: el desorden de la conducta de los perros de Shenger y Krestovnikova cuando no logran discernir si lo que se les presenta es un círculo o una elipse. He aquí, por otra parte, una neurosis humana: la duda patológica de un sujeto acerca del estado de limpieza de sus manos. El uso del mismo término –neurosis– en los dos casos, ¿qué es, univocidad, equivocidad o analogía? Respecto de las neurosis humanas, ¿qué son las neurosis experimentales del animal: desórdenes absolutamente incomparables con ellas, trastornos de igual

naturaleza, sólo distintos en complejidad, o estados vitales entre los cuales puede y debe establecerse algún parangón?

a. *Neurosis animal y neurosis humana: analogías*

Las tres opiniones han sido sostenidas; pero la que parece imponerse es la que afirma la *relación analógica entre ambos estados.* Muy cauta, pero muy significativamente, ya el propio Pavlov supo enunciarla: «Establecer seriamente una analogía entre los estados neuróticos de nuestros perros y las diferentes neurosis de los hombres es una tarea verosímilmente fuera del alcance de nosotros, los fisiólogos, que no conocemos a fondo la neurología humana... No obstante, yo estoy convencido de que la solución o lo esencial de la solución de un gran número de problemas importantes concernientes a la etiología, la sistematización natural, el mecanismo y el tratamiento de las neurosis de los seres humanos está en las manos del que experimenta con animales». Postulaba Pavlov, en definitiva, un esfuerzo de los expertos en neurosis experimentales para elevarse *analógicamente* hacia la interpretación y el tratamiento de las neurosis humanas, y otro complementario y concurrente de los psiquiatras y neurólogos para referir su experiencia clínica, también *analógicamente,* a lo que enseña la experimentación en el animal. Una patología a la vez comparada y diferencial de las neurosis sería la meta común de este doble esfuerzo.

Por su parte, los autores anglosajones ulteriores a Pavlov han ido más allá que éste, y admiten sin la menor reserva la analogía entre las neurosis experimentales y las humanas. Varía tan sólo la interpretación de la génesis del trastorno neurótico. Para los conductistas (Watson, Eysenck, Wolpe, Broadhurst, etc.), uno y otro género de neurosis, las experimentales y las humanas, serían el resultado de un proceso de aprendizaje morbosamente alterado. Los secuaces de la psicología dinámica (Masserman, Cain, etc.) piensan, en cambio, que con el aprendizaje colaboran otros momentos, como la motivación y la frustración. Sea cualquiera la actitud interpretativa, algo, sin embargo, parece claro: que la idea de una analogía entre las neurosis experimentales y las humanas es hoy la dominante.

b. *Neurosis animal y neurosis humana: diferencias*

Ahora bien: ¿en qué consiste tal analogía, cuál es su fundamento real? La *diferencia entre las neurosis experimentales y las humanas,* ¿dependerá tan sólo de una mayor complejidad en el mecanismo de éstas, con la intervención del «segundo sistema de señales» de que hablan los reflexólogos ulteriores a Pavlov? Esa diferencia, ¿será en definitiva sólo un problema de mecanismo? A mi juicio, no. Yo pienso que la neurosis humana, sin dejar de hallarse en relación de analogía con la neurosis animal, difiere de ésta por su «fundamento», y no sólo por su «mecanismo». En tres breves tesis resumiré mi opinión:

1.ª Por el hecho de ser humana, la neurosis del hombre difiere de la neurosis del animal como cualquier otra enfermedad de las que ambos comúnmente

padecen; por tanto, según los cinco rasgos descritos en el apartado anterior. Para el hombre, la neurosis, estado «real» de su vida o de la vida de otro, puede ser y es objeto de apropiación, de experiencia y de técnica.

2.ª Los mecanismos humanos de la respuesta neurótica son muchas veces analógicamente comparables a los observables en el animal; en un orden puramente descriptivo, baste recordar la «tempestad de movimientos» y el «reflejo de inmovilización» de los viejos análisis de Kretschmer. Pero la totalidad del cuadro clínico de una neurosis humana mostrará siempre rasgos esenciales dependientes de la condición personal –por tanto, íntima, inteligente, libre y moral– del sujeto que la hace y padece.

3.ª En el animal y en el hombre, la neurosis es un desorden patológico producido por una situación vital que, sin ser formalmente destructiva, rebasa la capacidad específica o la capacidad individual de control sobre el medio del individuo en cuestión. Ahora bien: esa deficiencia en la capacidad de control sólo podrá ser entendida teniendo en cuenta que en el caso del hombre el «medio» se hace «mundo» –con los tres momentos constitutivos de éste: el cósmico, el social y el histórico– y que el «individuo» es «persona». Lo cual determina que en las neurosis humanas haya cuadros sintomáticos y modos genéticos –por ejemplo, las neurosis obsesivas y las de culpa– específicamente distintos de los observables en el animal.

En suma: el modo de enfermar propio de las neurosis humanas –y *mutatis mutandis* el de las psicosis, también analógicamente posibles en el animal– es el correspondiente al de cualquier otra de las enfermedades que el hombre padece.

5. ¿Definición de la enfermedad?

¿Es posible definir con suficiente rigor la enfermedad humana, genéricamente considerada, o no cabe otra cosa que describirla? Puesto que la definición, como su nombre indica, presupone la existencia de un límite neto entre lo que se define y todo lo demás –por ejemplo: el que existe entre la idea del bien y la del mal, o entre la idea de la especie zoológica perro y la de cualquier otra especie viviente–, y puesto que aparentemente hay una transición continua entre el estado de salud y el estado de enfermedad, parece que, en el rigor de los términos, no es posible formular una definición precisa y correcta de la enfermedad. No puede extrañar, pues, que algún patólogo, como V. von Weizsäcker, haya expresamente renunciado a ella y se conforme con alguna indicación metafórico-metafísica en torno a la esencia del proceso morboso –la enfermedad, «un suspirar de la criatura»– o con una discriminación de carácter pragmático: «enfermo está el que acude al médico». Y tampoco debe sorprender que en la reiterada discusión de la *Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte* acerca del concepto de enfermedad (1907-1910, 1917), el consenso no fuese mucho más allá de afirmar que ésta es «un trastorno del

equilibrio vital», tanto intraorgánico (homeostasis, homeorresis) como orgánico-ambiental (tocante a la relación entre el organismo y su medio).

Pero, pese a la aparente transición continua, así subjetiva como objetiva, entre el estado de salud y el estado de enfermedad, lo cierto es que ambos son cualitativamente diferentes –luego trataré del tema–, y esto permite intentar dos definiciones del segundo, simultáneamente fieles a lo que en sí mismo es el enfermar humano y a lo que sobre él se sabe hoy.

He aquí mi primera fórmula: *la enfermedad humana es un modo aflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo psico-orgánicamente determinada; alteración por obra de la cual padecen las funciones y acciones vitales del individuo afecto y reacción en cuya virtud el enfermo vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal) o queda en deficiencia vital permanente (enfermedad cicatrizal).*

Término a término, analizaré sumarísimamente la definición precedente. Según ella, la enfermedad humana es:

un modo de vivir; no una lesión anatómica, ni un desorden funcional, sino el modo de vivir a que en el individuo enfermo dan lugar una y otra; el modo morboso de vivir es así el fundamento real del género próximo de la definición de la enfermedad;

aflictivo; aunque la enfermedad pueda ser «utilizada» para obtener de ella algún bien (neurosis de renta, ideas de Pascal y Novalis sobre el «buen uso» de las enfermedades, concepción nietzscheana de la enfermedad y el dolor), nunca el hecho de padecerla deja de afligir o molestar;

anómalo; esto es, alterante del curso llano y normal de la vida del individuo (*anómalos* en griego, recuérdese, es lo irregular, lo desigual, lo áspero) y del modo como lo siente el individuo sano;

del vivir personal y no sólo del vivir biológico; porque todo lo que acontece en la vida del hombre sólo llega a ser realidad verdaderamente humana cuando –aunque tenga su origen en causas mecánicas– se formaliza en él como «vida personal»;

reactivo a una alteración del cuerpo; porque la enfermedad es siempre reacción –en rigor, respuesta–, y ésta tiene siempre como causa inmediata, conocida ya o aún no conocida, una alteración del cuerpo: aunque la enfermedad pueda tener causa remota o efecto sintomático en la psique, su causa inmediata, sea cáncer o neurosis obsesiva el proceso morboso, en el cuerpo está siempre;

psicoorgánicamente determinada; todo el organismo y toda la psique del sujeto, y por tanto la personal instalación de éste en su mundo –a un tiempo cósmica, social e histórica–, pueden contribuir, en efecto, a determinarla;

alteración por obra de la cual padecen las funciones y acciones vitales; reactiva siempre a una alteración del cuerpo, la enfermedad humana lleva siempre consigo un «padecimiento» objetivo y subjetivo de todas o algunas de las actividades orgánicas, psíquicas y sociales en que se realiza la vida del hombre, o acaso de todas ellas;

reacción en cuya virtud el enfermo; porque, en efecto, la enfermedad actúa causalmente para llevar al que la padece a un estado vital distinto del anterior a ella;

vuelve al estado de salud; lo cual puede acontecer espontáneamente o con ayuda de alguna intervención sanadora;

muere; porque, salvo en ciertas muertes violentas, como las producidas por un accidente traumático o por la ejecución de la pena capital, la muerte es siempre consecuencia de una enfermedad y constante amenaza para el que está enfermo, hasta en las habitualmente llamadas «súbitas» o «por consunción»;

o queda en deficiencia vital permanente; lo cual, en pequeño o en grande, es lo que habitualmente ocurre: nuestra vida, en efecto, es una diversa y sucesiva actividad orgánica y psíquica cumplida a través de las reliquias y cicatrices que las enfermedades han ido dejando en nosotros.

Junto a la definición precedente, y en relación de complementariedad con ella, puede ser formulada esta otra: *la enfermedad humana es un modo aflictivo y anómalo de la realización «hacia» de la vida del hombre, en tanto que consciente e inconscientemente determinado o condicionado por una alteración patológica del cuerpo y alguna peculiaridad nosógena del entorno cósmico y social.* Fórmula ésta que, como la anterior, debe ser analizada término a término. La enfermedad humana es:

un modo aflictivo y anómalo; expresión respecto de la cual cabe repetir lo antes dicho;

de la realización «hacia» de la vida del hombre; porque vivir humanamente es ir dando continuada realidad temporal a lo que cada uno, siendo quien es y lo que es, aspira a ser hacia su futuro; y en este sentido la enfermedad constituye un accidente, a veces mortal, de ese inexorable proceso futurizador de la existencia humana;

consciente e inconscientemente determinado o condicionado por una alteración patológica del cuerpo; porque la causa inmediata de la enfermedad es siempre una alteración del cuerpo que cuantitativa y cualitativamente llega a ser patológica, y porque tal alteración impide el ejercicio de ciertas actividades (por ejemplo: la de hablar en el afásico), permite el de muchas (por ejemplo: el febricitante puede digerir, andar, pensar, etc.), perturba el de otras (por ejemplo: el temblor en el parkinsoniano) y modula el de todas o casi todas (por ejemplo: la fiebre altera y modula el pensar, el digerir, el sentir, el respirar, etc.):

y alguna peculiaridad del entorno cósmico y social; porque la alteración del cuerpo en que consiste la causa inmediata de la enfermedad (desorden génico, foco infeccioso primario, lesión neurofisiológica, etc.) tiene su causa externa en una perturbación del ambiente cósmico, del medio social o de ambos a la vez.

Ahora bien: por debajo de todas las posibles definiciones y como fundamento real de ellas, ¿qué es en sí misma la enfermedad humana? Más preci-

samente: ¿qué realidad tiene la enfermedad, ocasional modo de vivir, en la realidad a que como tal modo de vivir pertenece, la del sujeto que la padece? Por tanto: ¿cómo tiene que estar constituida la realidad del hombre para que la enfermedad humana sea posible y se presente al estudioso como de hecho lo hace? En definitiva: ¿cómo tienen que estar constituidas la realidad en general y, dentro de ella, la realidad humana en particular, para que el hombre pueda enfermar y de hecho enferme? Tales son las interrogaciones a que habremos de responder después de haber estudiado antropológicamente los dos problemas básicos de la patología: la nosogénesis y la configuración del cuadro morboso. Pero no creo que debamos abordarlos sin antes examinar, siquiera sea brevemente, cuál es en su integridad la estructura real del modo de vivir a que damos el nombre de «enfermedad».

6. Estructura de la enfermedad humana

Como el estado de salud, y conforme a lo que en páginas precedentes denominamos estructura respectiva de la antropología médica, el estado de enfermedad resulta de integrarse mutuamente la alteración de cuatro órdenes de la realidad del hombre, el psicoorgánico, el social, el histórico y el personal. Sólo considerada desde estos cuatro puntos de vista y sólo sabiendo unificar lo que todos ellos nos ofrezcan, sólo entonces podrá ser cabalmente entendida la concreta y singular realidad de un hombre enfermo.

a. *Momento psicoorgánico*

Desde el punto de vista de su momento psicoorgánico –el más importante de los cuatro, desde luego, y el único que suelen tener en cuenta, aunque no de manera completa, los tratados de patología–, la enfermedad es el conjunto de las alteraciones del organismo y de la psique del enfermo que integran la causa inmediata de la enfermedad y la reacción a ella, tan pronto como se ha constituido: lesiones bioquímicas, celulares, hísticas y anatómicas, desórdenes funcionales, síntomas y signos –siempre psicoorgánicos, siempre *a la vez* orgánicos y psíquicos– que constituyen el cuadro clínico del proceso morboso. Salvo en lo tocante a los aspectos psíquicos de la enfermedad –que, como es obvio, no se limitan a los que estudia la psiquiatría–, la formación académica del médico le ilustra ampliamente respecto de este esencial momento del enfermar humano.

b. *Momento social*

Desde que la Revolución Industrial influyó sobre la frecuencia y el modo de enfermar y Bismarck creó las *Krankenkassen*, pero, sobre todo, desde que A. Grotjahn publicó su *Soziale Pathologie* (1911), el estudio del *momento social* de la enfermedad no ha dejado de crecer en importancia. Los tratados y las re-

vistas de sociología médica constituyen una fracción considerable de la actual bibliografía, y varias disciplinas nuevas, como la «patología sociosomática» de H. Schaefer y M. Blohmke, han aparecido ante los médicos verdaderamente deseosos de un saber patológico integral.

Cuatro líneas principales veo yo en esta viva preocupación por el nexo entre la enfermedad y la sociedad:

1.ª La necesidad de replantear el problema de la asistencia médica –no sólo desde un punto de vista económico-organizativo– con motivo de su irreversible y creciente colectivización o socialización, tan completa en ciertos países, a la vez que no menos irreversiblemente se extendía la medicina en equipo y se incrementaba la atención a la estructura y la dinámica del hospital.

2.ª El paulatino descubrimiento –desde la primera revolución industrial: Turner Thackrah, Chadwick, Villermé, etc.– de la importancia etiológica del trabajo industrial y del grupo social en la génesis de determinadas enfermedades y el rápido auge de ese aspecto de la patología social –Grotjahn, Teleky, etc.– en el curso de nuestro siglo.

3.ª Consecutivamente, el cada vez más profundo análisis del papel de los factores sociales –no sólo laborales, también psíquicos– en la configuración del cuadro clínico. Enfermar de un modo y no de otro depende, por supuesto, de la índole del agente causal y de la constitución biológica del individuo, mas también de su modo social de vivir. Mostrarlo así es el fin principal de la «patología sociosomática» antes mencionada.

4.ª La investigación sociológica del rol de enfermo en el seno del grupo humano a que pertenece. Especial vigencia ha conseguido el estudio de Talcott Parsons acerca de las «expectativas institucionalizadas» –lo que una sociedad espera de quien se conduzca «normalmente» en el cumplimiento de su rol dentro de ella– que en el mundo occidental conciernen al enfermo. Cuatro son las principales: *a)* El enfermo queda libre, mientras lo está, de las obligaciones sociales inherentes a su actividad propia. *b)* El enfermo no puede, por mucho que se esfuerce en ello, quedar por sí mismo libre de su enfermedad. Se halla por tanto exento de responsabilidad social en lo tocante a su rol como tal enfermo. *c)* El enfermo está obligado a querer curarse. *d)* El enfermo está obligado a solicitar ayuda médica y a cooperar, al servicio de su salud, con el médico que se la presta.

c. *Momento histórico*

Con el momento psicoorgánico de la enfermedad y su momento social se funde su *momento histórico o sociocultural*. No me refiero con esta expresión al hecho de que tales o cuales modos de enfermar aparezcan y desaparezcan en el curso del tiempo, y tampoco a la posible relación entre el «estilo» de ciertas especies morbosas y el de la época en que prevalecen –Sigerist, por ejemplo, contrapuso ingeniosamente el «estilo medieval» de la peste (colectiva y anónima) y el «estilo renacentista» de la sífilis (individual y de ordinario adquirida

en virtud de un acto libre)–, sino a la influencia que la situación histórica o sociocultural ejerce sobre la génesis y la configuración del cuadro morboso, cualquiera que sea la entidad clínica a que éste pertenezca. Existan o no enfermedades cuyo estilo concuerde más o menos con el de su época, sí han existido y existen «modos de estar enfermo» más o menos acusadamente influidos por la situación histórica del paciente. En no poco se parecen, desde luego, los modos de estar enfermo del griego de la Atenas de Pericles, del habitante de un castillo feudal, del europeo romántico y del ciudadano de una gran ciudad de nuestro siglo; y dentro del mundo moderno, el padecer la enfermedad el católico, el protestante, el judío y el agnóstico; pero, a la vez, en algo se distinguen entre sí. Con algún ejemplo concreto, así nos lo harán ver las páginas subsiguientes.

d. *Momento personal*

En tanto que persona, el individuo humano puede estar, debe estar y con gran frecuencia está «sobre» sus vicisitudes psicoorgánicas y «sobre» las situaciones históricas y sociales en que de hecho vive. Así lo exige la esencial condición «suprastante» de su realidad, a la que luego habremos de referirnos. Lo cual pone en la estructura real de la enfermedad –génesis, cuadro clínico– un abarcante *momento personal*. No sólo por ser individual nuestro psicoorganismo queda individualizada la enfermedad humana; también, y, como acabo de decir, de un modo abarcante, por ser, en el sentido estricto del término, personal.

Tres son las líneas principales por las que en este estricto sentido se personaliza la enfermedad: la proyección, la apropiación y la interpretación. Tres ineludibles cuestiones, por tanto, para quien cabalmente pretenda conocer la estructura de ella:

1.ª Subconscientemente antes de su comienzo clínico, subconsciente o conscientemente después de constituida la enfermedad, ¿de qué modo y en qué medida la proyección –el acto de proyectar lo que uno va a ser– tiene un papel en su estructura?

2.ª Consciente o subconscientemente, ¿de qué modo y en qué medida ha hecho «suya» el enfermo –la ha incorporado a su vida personal– la enfermedad que hace y padece?

3.ª En la vivencia de la propia enfermedad, ¿hay sólo mero sentimiento pasivo del hecho de experimentarla –sentir dolor, palpitaciones cardíacas o vértigo sin que el paciente se haya hecho cuestión de lo que para él significan– o hay también una interpretación más o menos elaborada del significado que para él tienen o pueden tener?

Sólo con este esquema intelectivo en la mente podemos entrar en la exposición de lo que en la enfermedad humana son, antropológicamente consideradas, la nosogénesis y la configuración del cuadro morboso.

CAPITULO 3

La nosogénesis

Vista su aparición del modo más general, la enfermedad es la consecuencia de un cambio de estado instaurado en la vida del sujeto que la padece. Alguien que está sano pasa a estar enfermo. ¿Cómo se produce este cambio? A partir del estado de salud, ¿cómo la enfermedad surge y se constituye en la vida del hombre?

Los tratados escolares de patología responden a estas interrogaciones con los capítulos consagrados a la etiología y la patogenia. Con mirada ampliamente histórica, consideremos el esquema conceptual que preside esa respuesta.

Sin que sus autores lo adviertan, las líneas fundamentales de la nosología galénica –inmarcesibles, si se las entiende según lo que en ellas es esencial– siguen orientándoles el pensamiento. Enseñó Galeno, en efecto, que en la causación de la enfermedad hay que distinguir tres momentos distintos y concurrentes: la «causa externa» (*aitía prokatarktikê*), el conjunto de los agentes exteriores, frío o calor excesivos, venenos, violencias, etc., que en el enfermo en cuestión hayan dado lugar al proceso morboso; la «causa interna» o «dispositiva» (*aitía proegumenê*), la disposición habitual u ocasional del individuo, en cuya virtud éste es sensible a la acción de los agentes nosógenos en tal caso eficaces; la «causa conjunta» o «continente» (*aitía synektikê*), el inicial desorden anatomofisiológico que engendra la conjunción de la causa externa y la causa dispositiva. «Causa próxima» o «causa inmediata» de la enfermedad, solemos llamar nosotros a la «causa sinéctica» de la patología galénica. Ella es la que produce la afección pasiva de las funciones vitales (*páthos*) que dan su realidad concreta a la enfermedad propiamente dicha, y por tanto a los síntomas (*symptómata*) y los signos (*sêmeia*) en que el proceso morboso definitivamente se realiza y manifiesta.

No es difícil descubrir cómo este esquema orienta el pensamiento etiopatogénico de la medicina del siglo XX, y no sólo en su versión oficial o académica. Según ésta, la enfermedad es la consecuencia de conjugarse una «causa externa» (agente físico o químico, germen patógeno, emoción intensa, situación

social) con una «causa interna» o «dispositiva» (disposición genética, constitución típica e individual, deficiencia del sistema inmunitario, ocasional debilidad del organismo). La acción conjugada de ambas causas, con predominio de una o de otra, según los casos, constituye la *etiología* del proceso morboso; y el mecanismo anatomofisiológico en cuya virtud esa conjunción cobra eficacia, la *patogenia* de dicho proceso. El hecho de que la significación usual de este último término englobe la *aitía synektikê* y el *páthos* de la patología galénica, no excluye la subterránea y sostenida vigencia del esquema nosogenético que Galeno ofreció. Nuestra *fisiopatología*, en fin, corresponde a lo que en tal esquema era la realización orgánica y psíquica del *páthos* morboso. Hasta el habitual modo de entender la etiología y la patogenia de las dolencias que no pocos autores llaman «enfermedades psicosomáticas» –como si no lo fueran todas; como si en la más orgánica o somática de las enfermedades no tuviese alguna parte la psique– es entendido con arreglo a esa tradicional idea de la nosogénesis.

Pienso que una concepción formalmente antropológica de la patología puede muy bien heredar dicho esquema; pero con la condición de ofrecer al médico una versión integralmente humana, por tanto simultáneamente orgánica, psíquica y personal, en definitiva biográfica, de cada uno de los momentos en él contenidos. Eso voy a intentar, desglosando el problema de la nosogénesis en los siguientes apartados: I. El tránsito del estado de salud al estado de enfermedad. II. Situación y constelación nosogenéticas. III. El vector nosogenético. IV. Ocasión y tiempo de la nosogénesis.

I. DE LA SALUD A LA ENFERMEDAD

Lentamente unas veces, súbitamente otras, un hombre pasa del estado de salud al estado de enfermedad, enferma. Los modos particulares en que tal cambio de estado se realiza son, por supuesto, enormemente dispares. Lo son por el tiempo de tal realización: desde el súbito, casi instantáneo del *angor pectoris*, hasta el lento, insidioso comienzo de los cánceres cuya expresión premonitoria es un leve estado depresivo, todas las posibilidades pueden darse. Lo son asimismo por su localización: muy precisa, como en el chancro sifilítico, vagamente extendida a todo el cuerpo, como en no pocos procesos febriles –no en vano las fiebres fueron mucho tiempo llamadas *morbi totius corporis*– o carentes de localización somática subjetiva, como las depresiones aparentemente «puras» y muchas ideas obsesivas. Lo son, en fin, por la índole del síntoma o el signo que inicialmente hace patente el cambio: la cefalalgia, el vómito, la tristeza o una anómala coloración de la piel. Pero sea cualquiera el modo como acontezca el tránsito del estado de salud al estado de enfermedad, ¿cabe decir algo general acerca de él; algo, en consecuencia, que afecte a *todas* las enfermedades? A mi juicio, sí, y tanto en lo tocante a la realidad psicoorgánica del cambio mismo, como en todo lo concerniente a su significación vital. Veámoslo.

1. La realidad psicoorgánica del cambio

En el sentido con que solemos emplear el término ciencia, la patología comenzó a ser científica con la definitiva instauración del método anatomoclínico por Bichat, Corvisart, Bayle y Laennec; por tanto, desde que el médico adquirió los recursos exploratorios y mentales necesarios para referir la enfermedad a la existencia de una lesión anatómica –celular, se dirá más tarde– en tal o cual parte del organismo. El tránsito del estado de salud al estado de enfermedad, la nosogénesis, sería el proceso de constitución de dicha lesión en el órgano a que afecte. Pero, ¿qué ha pasado en el cuerpo del enfermo antes de que en él se constituyera una lesión macroscópica o microscópicamente perceptible? Desde Rokitansky, cuya doctrina de las crasis pretendió ser la respuesta científica a esa pregunta, tal ha sido para el patólogo uno de los problemas fundamentales. Examinémoslo con alguna atención.

a. *¿Cambio cuantitativo o cambio cualitativo?*

Primer punto de este problema: si el tránsito del estado de salud al estado de enfermedad es *un cambio continuo y meramente cuantitativo* (la enfermedad como un *plus* o un *minus*, paulatinamente establecidos, respecto del estado de salud) o *un cambio netamente cualitativo* (la enfermedad como estado vital no únicamente referible a un *plus* o a un *minus* en la cuantía de los datos exploratorios).

No desde la anatomía patológica, sino desde la fisiología, y por extensión desde la concepción fisiopatológica de la enfermedad, Cl. Bernard ofreció una fórmula que para muchos sigue siendo válida: «La enfermedad –afirmó– es fisiología en condiciones alteradas.» El tránsito de la salud a la enfermedad sería, en consecuencia, la inicial alteración de unas funciones fisiológicas hasta entonces normales, como consecuencia de la agresión que para el organismo constituye la causa externa del proceso morboso. Ahora bien: ¿en qué consiste realmente tal alteración?

Para los clínicos orientados por una fisiopatología analítica y mensurativa, las funciones orgánicas comienzan a ser anormales y patológicas cuando las cifras biométricas y los trazados gráficos en que dichas funciones se manifiestan al observador alcanzan valores o configuraciones que en un grado clínicamente significativo se apartan de las magnitudes y los trazados a los que en cada caso quepa considerar normales: una temperatura por encima de los 37 °C, una cifra de urea en la sangre muy superior a 0,5 g/l o una deformación de la curva electrocardiográfica que rebase determinados límites. Dos importantes consecuencias, una conceptual y otra diagnóstica, van a derivarse de este modo de entender la alteración de las funciones.

Advirtiéndolo o no con la suficiente claridad, el médico pensará, por una parte, que entre la salud y la enfermedad existe una transición continua y cuantitativa; y salvo en los casos en que el apartamiento de la normalidad sea muy grande, una temperatura de 39 °C o una cifra de uremia de 2 g/l, se verá,

por otra, en la dificultad de atribuir o no atribuir carácter morboso al dato ofrecido por la exploración. Decían los galenistas latinizados que entre la salud y la enfermedad hay un *corpus neutrum*. Pues bien: para los médicos que tienen a la normalidad y a la mensuración como conceptos fundamentales de su práctica, el *corpus neutrum* galénico se convierte en *corpus dubium*, en organismo de cuya salud o cuya enfermedad hay que juzgar convencionalmente o mediante la apelación a datos no mensurativos; con lo cual, como es obvio, se pone en tela de juicio la exclusiva validez de este modo de entender en su total realidad la iniciación del proceso nosogenético.

Aunque no de manera deliberada y sistemática, la actual bioquímica fisiopatológica y la todavía más actual patología molecular han introducido un criterio cualitativo, al lado del cuantitativo, en la concepción de la nosogénesis. Bioquímica y biofísicamente, el comienzo de la enfermedad consiste a veces, sí, en la intensificación o en la atenuación de los procesos biofísicos y bioquímicos correspondientes a la vida normal. Por ejemplo: la termogénesis de la fiebre no es sino una intensificación de la termogénesis del estado de salud. Contra lo que en tiempos afirmaron algunos tratadistas, el calor preternatural de la fiebre no difiere en su esencia, sólo difiere en su intensidad del calor natural o fisiológico. En el caso de la alteración biofísica que llamamos «hipertermia febril» –más precisamente: en aquello que en el total fenómeno de la fiebre es alteracion biofísica y bioquímica–, la sentencia de Cl. Bernard parece cumplirse muy claramente. Pero desde que A. E. Garrod (1909) atribuyó a un desorden genético un grupo de enfermedades metabólicas –el albinismo, la alcaptonuria, la cistinuria y la pentosuria–, toda una serie de conceptos y realidades, «error congénito del metabolismo» (el propio Garrod, Dent, Beadle, Tatum), «rareza metabólica» (Le Duc), «lesión bioquímica» y «síntesis letal» (R. A. Peters), «enfermedad molecular» (L. Pauling), han puesto en evidencia que en gran número de enfermedades, si no en todas, el proceso morboso se inicia con una alteración inequívocamente cualitativa de carácter bioquímico: reacciones químicas distintas de las observables en el individuo sano, aparición de enzimas nuevos, producción *ex novo* de ciertas sustancias tóxicas. Con lo cual, y siempre en el orden bioquímico, la nosogénesis aparece a los ojos del patólogo como un cambio no meramente cuantitativo, no reducible sin más al *plus* o al *minus* de tal mensuración o de tal trazado gráfico. Desde un punto de vista bioquímico, «estar enfermo» es algo que difiere cualitativamente de «estar sano». La fisiopatología, en suma, no sería tan sólo «fisiología en condiciones alteradas», es también –si no siempre, muchas veces– «fisiología en sí misma alterada». Con especial dramatismo lo hacen ver las enfermedades por autoagresión.

Pauling y Zuckerkandl advierten cauta y sagazmente que la expresión «patología molecular» no lleva consigo la afirmación de que haya «moléculas enfermas». «Hay enfermedades moleculares, no moléculas enfermas», dicen textualmente. Nada más obvio. El sujeto de la enfermedad no es un conjunto de moléculas alteradas respecto de las normales (caso de las hemoglobinas de la anemia falciforme, estudiadas por Pauling), ni la suma de los procesos bioquí-

micos cuyo curso se halle patológicamente alterado (lesión del ciclo de Krebs en la intoxicación por el ácido fluoroacético y el fluorcitrato), sino el individuo afecto por la dolencia en cuestión, y sólo en función de lo que él sea puede ser rectamente planteado el problema de la transición del estado de salud al estado de enfermedad. Tener en el organismo un enzima anormal o no tener uno normal será, a lo sumo, la causa inmediata de la enfermedad misma. Lo cual nos obliga a volver a la provisional definición de la enfermedad humana anteriormente consignada.

b. *El «malestar amenazante»*

La enfermedad, veíamos, es en su esencia un modo del vivir personal reactivo a una alteración del cuerpo. De lo cual se deduce que la iniciación de la nosogénesis –el primer paso desde la salud hacia la enfermedad– se hallará determinada por la conjunción de la *inicial* alteración del cuerpo y de la psique y la *inicial* alteración del modo de vivir que en el enfermo se delata. Tajante, pero muy significativamente, escribió V. von Weizsäcker: «Está enfermo el hombre que acude al médico». No se trata de una *boutade* de carácter pragmático. «Está enfermo, quería decir Weizsäcker, aquel en cuyo sentimiento de la propia vida –una cenestesia molesta, un vómito súbito o la desazón de descubrir manchas rojas en su piel– hay una reacción-respuesta a la incipiente alteración orgánica percibida, que le mueve a solicitar ayuda técnica.» Aunque acaso la fórmula ganara en precisión diciendo: «Está enfermo el hombre que va o debe ir al médico».

Las actuales técnicas exploratorias y la cada vez más sutil patología molecular nos están mostrando cuál es la inicial realidad objetiva de la causa inmediata de la enfermedad. Más adelante estudiaremos desde un punto de vista formalmente antropológico el problema general de la formación todavía premórbida de dicha causa, sea ya o no sea todavía molecular nuestro actual conocimiento de ella. Ahora no se trata sino de saber cómo se inicia el momento psíquico de este primer paso de la patogénesis: el sentimiento que constituye la respuesta-reacción del sujeto a la constitución de tal causa inmediata en su organismo.

En el hombre que va a estar enfermo, ¿cómo aparecen el sentimiento y luego la convicción de estarlo? Por supuesto, de mil modos distintos, según el tiempo, la localización y la índole de ese sentimiento; antes indiqué algunas de las formas particulares de dicho comienzo: dolor más o menos intenso o localizado, vómito, embotamiento, hormigueo, vértigo, desorden en el habla, descubrimiento de una deformación o de un cambio de coloración en la superficie del cuerpo, etc., cuando tal sentimiento ha llegado a concretarse y especificarse. Reiterando la interrogación antes hecha, ahora desde el punto de vista del psiquismo, cabe, sin embargo, preguntar: ¿hay un modo de sentirse enfermo anterior a esa concreción y esa especificación e inmediatamente posterior, por tanto, al previo estado de salud? Si el paso del estar sano al estar enfermo no es paulatino y cuantitativo; si en el decurso de la vida personal de quien lo ex-

perimenta hay un instante más o menos preciso que cualitativamente separa al estar enfermo del estar sano; en suma: si, como propuso decir V. von Weizsäcker, la «mutación funcional» *(Funktionswandel)*, el paso del sujeto hacia un global modo de vivir nuevo y distinto del inmediatamente anterior, es el primario carácter formal del estar enfermo (1), ¿existe algún signo psicológico que lo haga consciente, dé tácitamente lugar al aserto «Yo estoy enfermo» o «Yo debo de estar enfermo», y en definitiva conduzca a la decisión «Tengo que acudir al médico» o «Debería ir al médico»?

Como es sabido, Selye describió un «síndrome general de adaptación», que orgánicamente sería la primera vicisitud del enfermar; luego volveré sobre esta idea. Pero no es de ese síndrome de lo que ahora se trata. En primer término, porque, pese a lo que el adjetivo «general» parece ahora indicar, no se da en todas las enfermedades; en segundo, porque, incluso cuando se produce, no es él lo que descubre al enfermo su incipiente estado de enfermedad, y no constituye, por tanto, esa perentoria señal de estar enfermo que Feinstein llama «estímulo iatrotrópico». A mi modo de ver, lo más general, indiferenciado y precoz de todos los posibles estímulos iatrotrópicos es un sentimiento de *malestar anómalo y amenazante*, sea en apariencia espontáneo, como el que tenue y lentamente surge en las enfermedades que se inician con un trastorno cenestésico, sea visiblemente reactivo, como el que nace al descubrir una arritmia en el pulso de la propia arteria radial, la aparición de un chancro sifilítico en el glande o la reiteración obsesiva de ciertos movimientos o ciertos pensamientos. Malestar, porque es un desorden aflictivo del estar en la propia existencia y en el mundo; malestar anómalo, porque difiere de los que la vida normal tan frecuentemente nos depara; malestar amenazante, porque insidiosa o abiertamente nos hace vivir la posibilidad de una muerte biográfica –más adelante volveré sobre lo que esta expresión significa– o la inminencia de la muerte biológica.

Tan pronto como tal sentimiento se instaura en el alma de un hombre, ese hombre está subjetivamente enfermo y se halla ante la decisión de «tener que ir al médico» o «deber ir al médico», y más aún si tal vivencia se intensifica, especifica y localiza. Si el médico detecta la causa inmediata de ella, el estado de enfermedad será a la vez subjetivo y objetivo; si se quiere, completo. Si la intervención del médico logra disipar rápidamente el inicial sentimiento del enfermo, la enfermedad subjetiva de éste quedará en muchos casos reducida a ese mínimo grado de desorden morboso que el lenguaje coloquial designa con el nombre de «aprensión». El «aprensivo» puede ser, en efecto, un «protoenfermo» o acaso un «enfermo lantánico», en la terminología de Feinstein. Y si la simple intervención exploratoria y disuasiva del médico no es capaz de poner

(1) El punto de partida de esta idea fue la consideración de los cuadros clínicos consecutivos a una lesión destructiva y parcial del sistema nervioso: tal cuadro clínico no es el que resultaría de restar de la normalidad la función correspondiente a la parte destruida, sino una vida neurológica *nueva*, resultante de la acomodación de *todo* el sistema nervioso restante a la pérdida sufrida. La actividad neurológica experimenta así una «mutación funcional» *(Funktionswandel)*, concepto perfectamente extensible a toda la patología.

rápido término a la presunta aprensión, entonces se impondrá la sospecha o el diagnóstico de neurosis, en el sentido habitual de este término.

Como para demostrar el carácter constitutivamente psicoorgánico de todas las afecciones y todos los estados del sujeto humano, dos autores, V. von Weizsäcker y J. Schotte, han tratado de acotar nosográficamente esta primera etapa del estado de enfermedad, y por consiguiente de la nosogénesis. Piensa Weizsäcker que, si la curación o la muerte no alteran su curso, la enfermedad pasa por tres etapas, la neurosis, la biosis y la esclerosis. En páginas ulteriores me ocuparé de las dos últimas. Como inicial manifestación de todo proceso morboso, la neurosis –término cuyo significado es ahora mucho más amplio que el habitual– consiste en alteraciones funcionales en el ritmo, la dirección y la proporción de los fenómenos de absorción, secreción, quimismo, sensación y movimiento. Tales alteraciones son tenues, móviles y susceptibles de desaparición «de un momento a otro»; *zeitlose*, intempóreas, las llama von Weizsäcker. A su iniciación cronológica correspondería, en el orden psíquico, el malestar anómalo y amenazante de que antes hablé. Por su parte, el psiquiatra Schotte ha iniciado la elaboración de una nosotaxia psiquiátrica en la cual la «perturbación del humor» (*Stimmung, mood*, disposición afectiva) sería el modo de enfermar previo a las psicosis y las neurosis –éstas, en el sentido habitual y psiquiátrico de la palabra–, como la alteración no morbosa de él es el primer grado de la afección que en nosotros determinan las cosas y los eventos que llegan a conmovernos. No parece ilícito extender a toda la patología esta concepción psicologicoexistencial y psiquiátrica, y relacionarla tanto con la «neurosis» weizsäckeriana como con el malestar anómalo y amenazante de mi personal descripción.

Todo ello nos permite establecer, creo, las siguientes conclusiones:

1.ª La etapa inicial de la nosogénesis es la reacción-respuesta del sujeto a la constitución de la causa inmediata de la enfermedad; la cual, aunque en su determinación intervengan momentos psíquicos y sociales, es –como ya enseñó Galeno– siempre *orgánica*. «Ser cuerpo» –no meramente «tener cuerpo»– es lo que nos hace poder enfermar y enfermar de hecho.

2.ª Esa reacción-respuesta es y no puede no ser psicoorgánica, y su momento psíquico primario –por tanto, el primero de los estímulos iatrotrópicos experimentados por el enfermo– es la vivencia de un malestar anómalo y amenazante.

3.ª El tránsito del estar sano al estar enfermo no es meramente cuantitativo, una alteración paulatinamente creciente en el sentido de un *plus*, un *minus* o un *dis* interpretado como combinación abigarrada de ambos; es también, y esencialmente, alteración cualitativa, lléguese a ella de modo tenue y lento o de modo rápido y violento. Durante unos segundos o una fracción de segundo, la más súbita de las dolencias comienza por este tránsito de la salud a la enfermedad.

4.ª Tal alteración cualitativa consiste: subjetivamente, en un malestar anómalo y amenazante de aparición aparentemente espontánea o visiblemente

reactiva; objetivamente, en lo que en el organismo esté aconteciendo –háyanlo o no lo hayan dicho todavía la anatomía patológica y la patología molecular– para que se constituya la causa inmediata del proceso morboso en cuestión.

5.ª Además de ser psicoorgánico, este primer paso de la salud a la enfermedad es social y personal: da lugar a una conducta del incipiente enfermo respecto a los que le rodean (decisión de ir al médico, comunicación a la familia, actitud frente al trabajo, etc.) y provoca una respuesta genuinamente personal al hecho de sentirlo (preocupación mayor o menor, examen de las posibles consecuencias de esa mudanza en el futuro próximo, etc.).

2. La significación vital del tránsito salud-enfermedad

Puesto que constitutivamente es persona el individuo humano y es biográfico el curso de su vida, la aparición del sentimiento de estar enfermo necesariamente habrá de tener significación transbiológica y personal; sentido, en la plena acepción antropológica de esta palabra: «Esto que a mí me sucede –se dice sin palabras el paciente–, ¿qué sentido tiene, si tiene alguno, en la realidad y en el curso de mi propia existencia?» Y si el sujeto de ese sentimiento es meditabundo y tiene el hábito de extrapolar lo individual-personal a lo específico-humano; la interrogación será: «¿Qué sentido tiene lo que en mí sucede, si tiene alguno, en la existencia del hombre en cuanto tal?». Tales son las preguntas que larvada o patentemente aparecen en el alma del sujeto que empieza a enfermar.

El contenido y la índole de la respuesta variarán según la condición del paciente y el punto de vista en que su ánimo se coloque. En páginas ulteriores estudiaré las que se producen cuando la realidad y la experiencia del estado de enfermedad han adquirido, tanto para el enfermo como para el médico, cierta firmeza y cierto acabamiento. Ahora voy a examinar brevemente las dos que parecen iniciar el descubrimiento –tan oscuro e inexpresivo a veces– de esa significación.

a. *Descubrimiento de la enfermabilidad*

Ante todo, y reiterando ideas ya expuestas, la *esencial enfermabilidad* de la propia vida. Mi existencia es morbosamente vulnerable, y en todo momento puede caer enferma. Estar sano es, entre otras cosas, un constante poder enfermar. Una larga serie de testimonios literarios, filosóficos y religiosos acerca de la actitud del hombre ante su propia vida, desde las tabletas cuneiformes asirias, la lírica griega arcaica y el Antiguo Testamento hasta los que la actual crisis histórica está engendrando, late en la más ruda de las almas cuando la experiencia de estar sano es sustituida por la experiencia de estar enfermo; aunque a la costra vital que es la cotidianidad del vivir –por ella suele quedar envuelta y condicionada la expresión íntima del sentimiento de estar enfermo– apenas llegue a quebrantarla la vivencia de una enfermedad incipiente.

Bajo toda posible cotidianidad, ese sentimiento es, en efecto, la incoación de una situación-límite de la existencia, en el sentido que Jaspers dio a esta expresión: un trance en el que, con lucidez mayor o menor, el hombre tiene que hacerse cuestión de sí mismo. El tránsito de la salud a la enfermedad adquiere así una de las posibles concreciones de su sentido en la vida de quien lo experimenta.

b. *La ambivalencia aflicción-iluminación*

La lenta o súbita aparición del estado de enfermedad cobra asimismo sentido en la vida de quien la sufre, en cuanto que le descubre la *ambivalencia aflicción-iluminación* que trae consigo toda vicisitud penosa, y –con cuantas modalidades se quiera: la lucidez o la turbiedad, la fugacidad o la perduración– ocasionalmente le instala en ella. El descubrimiento subjetivo de nuestra propia enfermabilidad, y consiguientemente de la constitutiva enfermabilidad de la existencia humana, no es el único modo como la transición salud-enfermedad se hace patente a quien la vive. Conexo con él, ese otro debe mencionarse.

Toda llegada a una situación personal nueva sitúa a la persona en un punto de vista inédito para el ejercicio de la autocomprensión; y desde él –suponiendo, claro está, que el peso de la cotidianidad del existir no obture u oculte este acceso hacia la más propia realidad– puede descubrirle modos de ser no advertidos durante el estado de salud. El sentimiento de enfermedad es una de las vías, no por aflictiva menos transitable, que el cumplimiento del oracular *Nosce te ipsum* abre al alma de quien lo padece. Todo ello, naturalmente, si la violencia del dolor inicial (caso del infarto de miocardio) o la subitaneidad de la pérdida de conciencia (caso del ictus apopléctico) no impiden por completo la atención del enfermo hacia lo que acontece en su propia intimidad.

En páginas ulteriores estudiaremos con mayor detalle el problema que el sentido de la enfermedad propone al enfermo y al médico; problema que, cualesquiera que sean su forma y su respuesta, sólo quedará plenamente planteado cuando el estado de enfermedad se haya establecido de manera inequívoca y haya durado algún tiempo. Pero su incoación acontece con frecuencia tan pronto como la dolencia se ha hecho sentir al paciente, y tal es la razón por el cual aparecen aquí estas breves notas acerca de su posible comienzo.

II. SITUACION Y CONSTELACION NOSOGENETICAS

El tránsito de la salud a la enfermedad puede durar y dura de hecho más o menos tiempo; pero, aun no siendo instantáneo, no parece ilícito considerarle como un presente de los que antes llamé «inflexivos»: aquellos en los cuales termina un estado vital y comienza otro. En este caso, aquel en que se extingue el estado de salud y se inicia el de enfermedad. Establecido el carácter a la vez

cualitativo y cuantitativo de la naturaleza de éste, demos un paso más y tratemos de penetrar en la total estructura de la nosogénesis. Dos conceptos van a servirnos de pauta: el de «constelación nosogenética» y el de «vector nosogenético». El presente parágrafo va a ser consagrado al primero de ellos.

Metódicamente discernidos en el *continuum* temporal que es el curso de toda biografía, tres sucesivos presentes vitales se ofrecen al considerador de la nosogénesis: aquel en que el sujeto todavía está sano (I); aquel en el cual el sujeto comienza a estar enfermo (II); aquel, en fin, en que el sujeto ya está francamente enfermo (III).

No será ocioso mostrar en un ejemplo concreto la realidad de esta distinción. Un varón adulto, funcionario administrativo de una empresa, sale de su casa y ocupa su puesto de trabajo. En aquel momento se halla perfectamente sano; pero en el curso de su labor comienza a sentir cierto malestar general, leves escalofríos y cefalalgia. ¿Estará enfermo? Acaso. Vuelve a su casa, toma una tableta de aspirina y siente alivio. No duerme bien. Al día siguiente, se levanta y trata de ir de nuevo a su oficina. No puede. El malestar general se ha hecho más intenso. Tose. Un fuerte escalofrío le sobreviene, le duele un costado y su temperatura se eleva rápidamente. Sin dudarlo ya, llama al médico, el cual establece al punto un diagnóstico de neumonía lobar. En el curso de veinticuatro horas, tres sucesivos presentes vitales en este sujeto: el primero, la salud; el segundo, la incoación de un estado de enfermedad; el tercero, la intensificación, la localización y la especificación del malestar inicial, y por tanto la resuelta instauración del estado de enfermedad poco antes iniciado.

¿Qué estaba pasando en la estructura del presente vital I para que su continuación inmediata fuese el presente vital II, esto es, para que en él tuviese su punto de partida la nosogénesis? Trataré de exponerlo con detalle en el parágrafo subsiguiente. En éste debo limitarme a indicar lo que un presente vital, el que sea, es en la biografía de quien como suyo lo vive, y a señalar lo que le constituye en constelación nosogenética.

Cualquier presente vital es ante todo una «situación» de la persona a cuya vida pertenece. Lo es respecto de la total biografía de esa persona: «Mi situación en este momento...», solemos decir. Lo es asimismo respecto de su mundo: «La situación en que me ha puesto la subida del dólar...». Debe decirse, pues, que, en relación con el presente vital II, el presente vital I es una *situación nosogenética*. Pero, pudiendo en principio hacerlo, no todos los momentos integrantes de ella actúan nosogenéticamente en cada caso. En la génesis de la neumonía lobar antes mencionada no habrá influido gran cosa, por ejemplo, el hecho de que el sujeto en cuestión hubiese estrenado un traje ese día. Pues bien, la *constelación nosogenética* es el conjunto de los diversos momentos del presente vital I que de un modo o de otro son eficaces en la génesis del proceso de que se trate. En suma: llamo «situación nosogenética» a la totalidad de los momentos que integran el presente vital de una persona al pasar del estado de salud al estado de enfermedad, y «constelación nosogenética» al conjunto de los que, entre todos ellos, muestran poseer alguna eficacia real, la que sea, sobre la génesis y la figura de la enfermedad en cuestión. Distinción que

–reiterando nociones ya expuestas– nos obliga a exponer de modo general la estructura de la situación nosogenética, en tanto que fondo sobre el cual van a dibujarse la iniciación y el inmediato curso del proceso morboso.

1. Estructura de la situación nosogenética

En tanto que presente vital, la situación nosogenética se halla integrada por *todo* cuanto en ella nos hace ser lo que en aquel instante somos y como en aquel instante somos. El hecho de pertenecer a la biografía de la persona que activa y pasivamente lo vive, otorga a todo presente vital su radical unidad. Pero la indudable realidad de ésta no es óbice para que en su estructura puedan ser metódicamente discernidos momentos constitutivos harto distintos entre sí, susceptibles de ordenación conforme al esquema general que en páginas precedentes quedó consignado. Trasladémoslo aquí, según lo que la realidad de la nosogénesis exige. Cinco órdenes de tales momentos deben ser considerados:

a. *Orden constitucional*

Desde que en la segunda mitad del siglo pasado comenzaron los médicos a redescubrir la importancia del temperamento y el biotipo en la patología y la clínica, y más aún desde que la genética posmendeliana permitió estudiar científicamente el carácter genotípico de uno y otro –baste citar el clásico libro de Fr. Martius *Konstitution und Vererbung* (1914)–, la expresión «patología constitucional» ha sido habitualmente entendida como si la acepción biológico-médica de la palabra «constitución» sólo se refiriese a los caracteres estrictamente hereditarios del individuo. Complementaria de ella, la «condición» sería el conjunto y la peculiaridad de los caracteres suscitados por la acción de los agentes externos sobre el organismo; acción que en mayor o menor medida y de uno u otro modo modifica la expresión de las capacidades potenciales del genotipo o añade a ellas alguna nota nueva. Pero la pretendida oposición complementaria entre la constitución y la condición, así como las distintas opiniones acerca de su naturaleza (Martius, Bauer, Rössle, Kretschmer), obligan a revisar con cierto cuidado la conceptuación del primero de esos términos.

En su sentido biológico, y más cuando de la biología del hombre se trata, debe a mi juicio llamarse «constitución» al conjunto de los hábitos psicoorgánicos que, por obra de la dotación génica y de las vicisitudes subsiguientes a la concepción, se han constituido en modos de ser que de manera permanente afectan a todas las actividades del sujeto, y muy especialmente aquellas en que el organismo se realiza como un todo. Una inmunidad o una hipersensibilidad alérgica que duran de por vida deben ser consideradas como caracteres constitucionales, aunque en su adquisición parezca remota la intervención del genotipo y no sea observable la transmisión hereditaria. Y si la alimentación y la educación física dan apariencia atlética a un asténico constitucional, ¿dejaremos de pensar que esa apariencia ha llegado a pertenecer a la «constitución

individual» del sujeto? Por otra parte, carácter constitucional poseen la raza, el sexo y, en alguna medida –mientras claramente se mantiene en uno de los niveles que en ella se distinguen, infancia, juventud, madurez, etc.–, la edad.

Admitiendo, pues, la índole complementaria y polar de la constitución y la condición, pienso que los caracteres constitucionales deben ser clasificados según el siguiente esquema dual:

1.º Caracteres constitucionales preponderantemente genotípicos: la raza, el sexo, el hábito pícnico en una familia de pícnicos, ciertas taras psicopáticas, la hemofilia, las llamadas «diátesis», la proclividad al correspondiente desorden metabólico en una familia de diabéticos.

2.º Caracteres constitucionales preponderantemente adquiridos o, si se quiere, condicionales: la inmunidad permanente, un hábito metabólico muy arraigado, las distintas formas de troquelado psicoorgánico *(imprinting)* consecutivas a las vicisitudes de los primeros meses de la vida. La transición continua entre uno y otro modo de la constitucionalidad psicoorgánica queda así bien patente.

Preponderantemente genotípicos o preponderantemente adquiridos, todos los caracteres constitucionales son parte de la situación nosogenética y todos, en principio, pueden destacarse como momentos integrantes de la constelación causal de la enfermedad.

b. *Orden ambiental*

Reservo el nombre de «ambiente» al conjunto de los componentes de carácter físico (temperatura, radiaciones, humedad, etc.), químico (sustancias tóxicas inhaladas, ingeridas o en contacto, polución atmosférica) o biológico (gérmenes patógenos que ocasionalmente penetren en el organismo o gérmenes ocasionalmente «patogenizados», entre los que de modo habitual habitan en sus cavidades o sobre su piel) pertenecientes al mundo de un individuo; y no es difícil advertir que todos ellos pueden integrarse en la situación nosogenética de dos modos distintos:

1.º En cuanto que dan a veces lugar a los caracteres constitucionales que acabo de llamar «preponderantemente adquiridos». Los ejemplos antes citados lo muestran con entera claridad.

2.º En cuanto que ocasionalmente irrumpen en el organismo y producen en él desórdenes susceptibles o no susceptibles de reordenación por vía fisiológica o normal. Así modifican el presente vital y le convierten en situación nosogenética la inhalación de un gas tóxico o la ingestión de un alimento averiado.

c. *Orden social*

El orden *social.* En estrecha conexión con los momentos de orden ambiental, los de carácter social constituyen el segundo de los ingredientes del mundo

propio de un individuo. La clase, la familia y la profesión son, como vimos, los modos principales en que se tipifican el *status* y el *rol* de la pertenencia a la sociedad. Y actuando sobre lo que psicosocialmente sea el sujeto afecto –intradirigido o heterodirigido, introvertido o extravertido, abierto o cerrado–, esos modos de la incardinación en la sociedad dan lugar a notas psicoorgánicas, habituales u ocasionales, conscientes o subconscientes, que llegado el caso se constituyen en momentos integrantes de una situación nosogenética. Que el mecanismo por el cual se realiza psicoorgánicamente dicha incardinación sea comprendido según las pautas hermenéuticas de una u otra escuela de la psicología profunda –la freudiana, la adleriana, la yunguiana o cualquiera de las que de esas tres han salido–, no es cuestión que ahora importe. Lo realmente importante ahora queda compuesto por un hecho y una posibilidad: el hecho de que el presente de un hombre no pueda ser rectamente entendido sin tener en cuenta antes la dimensión social de su vida y la posibilidad –tan frecuente; más aún, tan constante– de que los momentos psicosociales de su existencia se destaquen como partes de una constelación nosogenética. Pronto veremos cómo.

d. *Orden histórico*

Aunque una vida sea intrahistórica, en el sentido que Unamuno dio a esta palabra, su presente vital queda de alguna manera afectado por su situación en la historia; en la situación histórica tiene su tercer ingrediente, en efecto, el mundo de la persona. El área cultural, la época, la mentalidad, la nación y la generación a que se pertenece tipifican, como vimos, la vida personal; y con patencia y eficacia mayores o menores, los hábitos psíquicos y corporales creados por esas determinaciones de la existencia histórica impregnan y condicionan la concreta realidad de quienes, por haber nacido y haberse formado en ellas, desde su nacimiento y con su formación los han adquirido. Ser español de la segunda mitad del siglo XX, hablar como lengua materna el idioma que hablo y vivir mi condición de español y de europeo como yo la vivo, han creado en mí modos de ser que en todo momento me informan, y que en consecuencia modulan por completo todo lo que mi constitución individual, la composición del ambiente físico que me rodea y mi varia inserción en la sociedad de que soy parte, han puesto y vayan poniendo en mi realidad psicoorgánica y en mi conducta. *Mutatis mutandis*, lo mismo podrá decirse de cualquier hombre.

El ocasional estado que ese haz de hábitos históricos adopte en el decurso psicoorgánico de la persona, ¿podrá convertirse en momento integrante de una situación nosogenética? Pertenecer a tal nación y a tal época, vivir tal o cual coyuntura de la historia propia, ¿puede influir en el hecho y en el modo de pasar de la salud a la enfermedad? Dije antes que la situación nosogenética se halla integrada por *todo* lo que en aquel instante nos hace ser lo que somos y como en aquel instante somos. La personal pertenencia a la historia no es excepción a esta regla, y pronto veremos en qué forma la cumple.

e. *Orden personal*

Por modo a la vez consciente e inconsciente, pagando constante tributo a la inquietud de existir, el hombre va haciendo y padeciendo día a día su vida propia y adquiriendo en su intimidad y en su cuerpo –a través de las diversas estructuras psicoorgánicas que más atrás quedaron descritas– su propia, su personal experiencia de ella. Todo contribuye a tal experiencia, todo se personaliza al hacerse vida de cada cual: la constitución biológica, la acción del medio ambiente, la relación con la sociedad en torno, la cambiante eficacia de la situación histórica. ¿Cómo?

El examen de lo que en su esencia y en su estructura es la intimidad del hombre nos llevó a descubrir tanto los hábitos de la realidad humana que hacen posible la vida personal (la idea de sí mismo, la vocación, la libertad de opción y de creación, la conciencia moral), como los recursos operativos mediante los cuales cobra verdadera realidad, realidad para mí y realidad a secas, todo lo que en mi personal intimidad acontece y en ella me otorga la seguridad de ser «yo mismo» (la creencia, el amor y la esperanza, o acaso sus respectivos reversos, la duda, el odio y la desesperanza o la desesperación). Pues bien: operando sobre los contenidos que la constitución biológica, el ambiente, la sociedad y la historia constantemente le ofrecen, la persona va íntima y somáticamente realizando sus actos más formalmente personales y experimentando en su psique y en su cuerpo la impresión afectiva que de cada uno de ellos sea consecuencia. Así el presente vital, y por consiguiente la situación nosogenética, es a la vez constitucional, ambiental, social, histórico y personal.

Se trata ahora de saber cómo la situación nosogenética, la unitaria totalidad de los momentos integrantes del presente vital de una persona, cuando ésta va a pasar del estado de salud al estado de enfermedad, se convierte en constelación nosogenética, en el conjunto de los factores que realmente llegan a ser eficaces para la causación de la enfermedad.

III. EL VECTOR NOSOGENETICO

No es preciso recurrir a William James y a Bergson para advertir que el presente vital no es otra cosa que un instante artificiosamente discernido por el arbitrio del observador, en el constante flujo de la vida humana desde su pasado hacia su futuro. El carácter «futurizo» (Marías) de la vida, cuya expresión en la del hombre es su configuración como biografía, hace que el presente vital sea siempre presente-desde (desde todo lo que la vida del sujeto ha sido hasta entonces) (2) y presente-hacia (hacia lo que los proyectos, el azar, el destino y el carácter de la persona vayan estableciendo como meta del vivir).

Las estructuras impulsivas y operativas de nuestra realidad, auxiliadas por las estructuras signitivas, cognitivas y expresivas de ella, van llevándonos en

(2) Muy especialmente, como es obvio, desde las situaciones conexas con la que entonces se vive.

todo instante hacia la posesión de lo que nuestras estructuras pretensivas hayan previsto, o hacia lo que, al margen de nuestras pretensiones, el azar o el destino nos traigan, o hacia la frustración y el fracaso de no lograr lo que ilusionadamente habíamos pretendido.

Conexas entre sí en la unidad del acto personal go, «¡adelante!», para decirlo con el lenguaje de los neurofisiólogos americanos, tres son, como vimos, las energías que concurren en la marcha del presente vital del hombre hacia su futuro: la *impulsión* que llevan consigo los procesos preponderantemente mecánicos y fisicoquímicos («energía» en el estricto sentido que la física da a esta palabra), la *pulsión* de los conatos y los movimientos preponderantemente instintivos («energía» biológica, configuración preponderantemente pulsiva e instintiva de las básicas energías físicas y químicas del organismo) y la *decisión* de los actos preponderantemente personales (la «energía» psíquico-caracterológica, fuerte en unos casos, débil en otros, de ese nervio del carácter que metafóricamente llamamos «fuerza de voluntad»). Movida por impulsiones, pulsiones y decisiones, y mediante actos en que unas u otras preponderan, la persona camina en cada instante desde su pasado hacia su futuro a través de su presente.

1. Conceptuación

Vengamos ahora al caso de la situación nosogenética. En ella, una persona todavía sana va a pasar o está pasando de la salud a la enfermedad. Sobre los restantes como fondo, rápida o lentamente se destacan unos cuantos momentos nosogenéticamente eficaces, los que constituyen la constelación nosogenética, y la enfermedad propiamente dicha comienza: aparece en el cuerpo –siempre en el cuerpo– la primera configuración de la causa inmediata del proceso morboso, y se inicia en la forma antes indicada –malestar anómalo y amenazante, perturbaciones bioquímicas, tenues y lábiles reacciones defensivas o compensadoras del organismo– la respuesta psicoorgánica a ella. Con intervención del médico casi siempre, de modo espontáneo a veces, la ya instaurada enfermedad sigue su curso hacia la curación, la cicatriz o la muerte.

¿Cómo y por qué la situación nosogenética se convierte en constelación nosogenética? Extendiendo a toda la patología dos conceptos que para entender la génesis de la enfermedad mental propuso el psiquiatra K. Birnbaum, muchos patólogos distinguen en la constelación nosogenética los «factores patogenéticos» propiamente dichos (los que ponen en marcha el proceso morboso: una tara genética especialmente intensa, un trauma mecánico o psíquico, una insolación, una masiva invasión microbiana) y los «factores patoplásticos» (los que de una manera o de otra modulan la configuración del cuadro clínico: la edad, el sexo, el biotipo, el carácter, la condición social del enfermo, etc.). Tal distinción es, desde luego, tan válida como útil; pero, en realidad, todos los factores de la nosogénesis –todos los momentos integrantes de la constelación nosogenética– son *a la vez* patogenéticos y patoplásticos: en una intoxicación

por monóxido de carbono, la inhalación de éste pone en marcha la enfermedad y modula en gran medida su expresión sintomática; y, por otra parte, la constitución individual del sujeto no sólo modula la configuración del cuadro clínico, también –por la vía de la hipersensibilidad o la hiposensibilidad al tóxico que puede llevar consigo– contribuye a la efectiva puesta en marcha de la intoxicación, por tanto a la nosogénesis.

De nuevo es preciso recurrir a la noción de preponderancia. Entre los momentos integrantes de una constelación nosogenética, unos son preponderantemente patogenéticos y otros preponderantemente patoplásticos. Pues bien: para designar el reducido conjunto de aquéllos –o, en tantos y tantos casos, para mencionar no más que uno solo, aquel cuya efectividad patogenética sea máximamente decisiva– creo conveniente emplear el nombre de *vector nosogenético*. El «motivo efector» de la teoría general del cambio de estado se especifica ahora como «vector nosogenético». Este, en suma, es el momento singular o el pequeño conjunto de momentos de la constelación nosogenética a que el conocimiento clínico del caso permite atribuir por excelencia la puesta en marcha de la enfermedad.

Repitamos ahora la pregunta anterior: ¿cómo y por qué una situación nosogenética da lugar a la constelación que inician, rigen y centran el momento o los momentos de ella constituidos en vector nosogenético? Respecto de aquélla, la constelación nosogenética consiste formal y genéricamente en un desequilibrio estructural y dinámico de la realidad del sujeto, no compensable por los mecanismos reguladores propios de la vida hígida o normal y determinante de un modo de vivir cualitativa y cuantitativamente nuevo. ¿Cómo y por qué, pues, un determinado vector nosogenético da lugar a tal desequilibrio psicoorgánico y a tal modo de vivir? Para acercarnos a la respuesta, veamos previamente cómo se tipifican los entre sí tan diversos agentes de la nosogénesis.

2. Tipificación

Se trata de ordenar esa multiplicidad factual de los vectores nosogenéticos según los tipos cardinales que su contenido propio (tóxico ingerido, germen patógeno, situación social, trauma psíquico, etc.) y el modo de la correspondiente respuesta psicoorgánica permitan discernir. A mi juicio, tres se destacan resueltamente.

a. Preponderancia biofísica y bioquímica

Vectores nosogenéticos de naturaleza *preponderantemente biofísica y bioquímica:* traumas mecánicos, radiaciones, tóxicos *stricto sensu*, antígenos de carácter infeccioso, etc. Referida a ellos, repitamos la pregunta anterior: ¿cómo y por qué un vector nosogenético de carácter preponderantemente biofísico y bioquímico da lugar al desequilibrio psicoorgánico y al modo de vivir con que la enfermedad se inicia? Lo que en páginas anteriores se dijo acerca de la cau-

sación de los cambios de estado permite responder a esa interrogación y describir la iniciación del proceso morboso en los siguientes términos:

1.º Siendo en su integridad verdadera «respuesta», la génesis de la causa inmediata de la enfermedad se aproxima notablemente a ser pura «reacción», en el sentido que la dinámica de los sistemas fisicoquímicos da a esta palabra. El proceso de la nosogénesis se halla ahora muy preponderantemente regido por el *doblete consecuencia-predeterminación*. Veámoslo a través de tres ejemplos de complejidad creciente.

Una sustancia cáustica –por ejemplo, ácido sulfúrico– cae sobre el antebrazo de un individuo. En este caso, ¿cuál será la causa inmediata de la enfermedad resultante? Evidentemente, la lesión producida por la acción del ácido sobre la piel de la zona afectada; lesión satisfactoriamente explicable teniendo en cuenta la textura anatómica y la composición química de la epidermis, la dermis y el tejido celular subcutáneo de dicha zona. Bichat diría que en este caso la alteración cáustica depende exclusivamente –casi exclusivamente, diremos nosotros– de las *propriétés du tissu* de la epidermis, la dermis y el tejido celular subcutáneo; y, por supuesto, de ser ácido sulfúrico y no ácido nítrico o sosa cáustica la sustancia nosógena. Tanto es así, que una hábil preparación *in vitro* podría reproducir casi exactamente la lesión nosogenética observada *in vivo:* ésta, en definitiva, quedaría explicada por la reacción física y química de tales y tales sustancias, espacialmente ordenadas en tales y tales estructuras, bajo la actuación destructora del ácido sulfúrico. Con otras palabras: la lesión cáustica sería una consecuencia rigurosamente predeterminada por lo que químicamente es el ácido sulfúrico y lo que estructural y químicamente son la epidermis, la dermis y el tejido celular subcutáneo del antebrazo humano.

Segundo ejemplo. Lentamente sometido a la ingestión de sales de plomo, un sujeto padece una enfermedad de apariencia nefrítica: una nefritis saturnina. ¿Cuál ha sido la causa inmediata de ella? Nada más obvio: el paulatino depósito del plomo ingerido –más precisamente, del catión plomo ingerido– en el parénquima renal. Claramente lo hace ver el análisis químico de ese parénquima, cuando por biopsia o *post mortem* se le extrae del organismo que así había enfermado; y, como contraprueba, con toda evidencia lo demostraron los experimentos de Heubel, clásicos en la patología experimental desde que Ehrlich los declaró antecedente inmediato de su célebre *corpora non agunt nisi fixata* (3). Esta conclusión se impone: la condición de emunctorio que el riñón posee, unida a cierta peculiaridad física y química de su constitución, hace que el plomo sea retenido en su parénquima y dé en él lugar a la causa inmediata de la nefritis saturnina. Lo que en la génesis de las lesiones cáusticas era acción directa, truécase ahora en acción terminal de un proceso metabólico; pero, evidentemente, la aplicación del doblete consecuencia-predeterminación no se

(3) Heubel demostró que, sumergiendo finas láminas de parénquima renal sano –procedente, claro está, de animales de experimentación– en una solución de acetato de plomo, este catión llega a depositarse en dicho parénquima como en la nefritis saturnina lo hace el plomo ingerido.

halla ahora menos justificada. Esto, sin embargo, ¿quiere decir que la nosogénesis de la enfermedad «nefritis saturnina» puede ser *íntegramente* explicada mediante los recursos intelectivos de la física y la química? Habrá que verlo.

Tercer ejemplo. En una región donde la fiebre tifoidea es endémica, un sujeto la contrae. El bacilo de Eberth ha penetrado en el medio interno del paciente, y con sus antígenos específicos da lugar a la formación de los respectivos anticuerpos y a la constitución de las primeras lesiones bioquímicas y celulares en que la fiebre tifoidea tiene su causa inmediata. ¿Cómo? La inmunoquímica actual ha dado muy importantes pasos para explicar en términos de patología molecular –esto es, en términos de biofísica y bioquímica– el proceso nosogenético de la infección. No es éste lugar idóneo para exponer con detalle lo mucho que a tal respecto se ha logrado, desde las ya históricas y sólo hipotéticas «cadenas laterales» de Ehrlich hasta los actuales trabajos acerca de la estructura bioquímica de las inmunoglobulinas y sobre la índole y la acción de los genes que regulan su formación. Pero acaso baste tan somera indicación para advertir que el esquema explicativo consecuencia-predeterminación rige también la concepción patológico-molecular de la nosogénesis en el caso de las enfermedades infecciosas. Dicha de otro modo: para no pocos patólogos actuales, la génesis orgánica de una enfermedad infecciosa puede y debe ser explicada pensando que depende de la conjunción entre la estructura y la composición química de las sustancias antigénicas y la estructura y la composición química de los sistemas inmunorreactivos y de las zonas específicamente vulnerables del organismo infectado. La realidad de tal mecanismo es, desde luego, científicamente innegable; pero si mediante él se intenta explicar *íntegramente* el proceso nosogenético de las enfermedades infecciosas –y más en el caso de las enfermedades infecciosas humanas–, ¿no se está cometiendo un perturbador reduccionismo patológico-molecular, ese vicio epistemológico consistente en pensar según la pauta del «esto no es más que»?

2.º Consecuentemente, la constitución de la causa inmediata del proceso morboso es considerada en términos de pura *factualidad*. Sean la consecuencia de una acción directa del agente nosógeno, como en el caso de las lesiones cáusticas, o el término lesivo de un proceso metabólico más o menos complicado, como en el caso de la nefritis saturnina, o el resultado de la acción de ciertos anticuerpos sobre ciertos antígenos, como en el de la fiebre tifoidea, la génesis del vector nosogenético y el proceso de su acción inmediata son habitualmente vistos por los patólogos como puros «hechos» de un mundo exterior sólo regido por las leyes de la física y la química, no como «eventos» de una vida personal en una u otra forma dotados de sentido; por tanto, como alteraciones de la realidad sólo accesibles a las preguntas «por qué» y «cómo» de la explicación y en modo alguno idóneas para formular ante ellas las preguntas «para qué» de la comprensión. Mas ya vimos que, aun en el caso de ser tan próximas a la pura «reacción» como las ahora citadas, nunca las modificaciones de un organismo humano por obra de un agente exterior a él dejan de ser verdaderas «respuestas». Conformémonos, pues, con decir que la constitución y la acción inmediata de un vector nosogenético preponderantemente físico-

químico tiene un carácter preponderantemente factual –por tanto mínimamente eventual o evenemencial, como a la francesa suelen decir los historiólogos actuales–, y adquiramos el compromiso de mostrar cómo y por qué es así.

3.° La prevalencia del doblete consecuencia-predeterminación y del carácter factual hace ver el proceso nosogenético como resultado de una causación en cuya estructura se mezclan el *azar* y la *necesidad*.

Salvo que sea intencionada, la caída de ácido sulfúrico sobre la piel es un hecho azaroso. No es puro azar, ciertamente, la intoxicación saturnina en un sujeto que trabaje con objetos de plomo; pero, bajo forma de dato estadístico, al azar se recurre cuando se dice que sólo tal o cual tanto por ciento de los trabajadores de tal o cual industria llegaron a sufrir trastornos tóxicos de carácter saturnino. Apelación al azar que en el pensamiento del patólogo no desaparecerá por completo, incluso cuando una parte de la incidencia de la intoxicación sea referida a la constitución biológica de los sujetos intoxicados. Otro tanto habrá que decir ante el hecho de que en el curso de una epidemia unos individuos lleguen a enfermar y otros no. En suma: paliado o no por la consideración de las causas dispositivas de la enfermedad, el atenimiento al azar es la regla en el trance de explicar la aparición de una dolencia cuando la pura factualidad de ella es carácter preponderante.

Azar en cuanto a la aparición de la enfermedad; necesidad en cuanto al mecanismo de la nosogénesis. Dado el azar de que la enfermedad se haya producido, la génesis de la causa inmediata del desorden morboso se ve como un proceso necesario. Más necesario, desde luego, en la formación de la lesión cáustica, tan próxima a las reacciones químicas observables en el tubo de ensayo, que en la seriación de los fenómenos biológico-moleculares propios de las reacciones inmunitarias; recuérdese el orden creciente de la contingencia, tan bellamente descrito por Boutroux, desde el grado nulo o mínimo de ella en las leyes matemáticas y mecánicas, hasta su grado máximo en las leyes sociológicas, pasando por el que alcanza en las leyes biológicas y psicológicas. Pero siempre sometido a cierta necesidad, porque necesariamente tienen que producirse *tales* anticuerpos cuando a un individuo sensible a *tales* antígenos éstos le son inyectados (4); y precisamente a tal necesidad se debe el hecho de que los resultados de la investigación inmunológica puedan ser repetidos por cualquiera que sepa cumplir las reglas de ésta. El determinismo bernardiano rige tanto la epistemología de la experimentación biológica como el pensamiento patológico sobre ella fundado, y la inmunología no es excepción.

4.° En suma: la constitución y la acción inmediata de un vector nosogenético de naturaleza preponderantemente fisicoquímica se hallan preponderantemente regidas por el doblete consecuencia-predeterminación y poseen un carácter preponderantemente factual, azaroso y necesario. Fórmula ésta que nos plantea el problema de saber qué sentido tiene esa monótona repetición de adverbios de modo. ¿Por qué tanto «preponderantemente»? Pienso que la res-

(4) Que la reacción inmunitaria pueda ser artificialmente modulada por obra de determinados reflejos condicionados –experimentalmente ha podido comprobarse este hecho– no altera de modo esencial lo que sobre la «necesidad» de tales reacciones acaba de decirse.

puesta nos será dada examinando con alguna atención la singularización, la integración y la personalización de dicho vector.

Llamo *singularización* del vector nosogenético al hecho de que uno de los momentos que integran la situación nosógena descuelle manifiestamente sobre los restantes y se convierta en verdadero y decisivo «agente morboso»: el catión plomo en la nefritis saturnina y el bacilo de Eberth con sus correspondientes antígenos en la fiebre tifoidea. ¿Cómo sucede esto? La respuesta tradicional y canónica dice así: esto sucede porque la acción de ese momento se intensifica, bien por obra del azar (traumatismos, epidemias), bien como consecuencia de un determinado régimen de vida (enfermedades profesionales), y porque concurrentemente con tal intensificación se hace más vulnerable en su totalidad o en una de sus partes el organismo del sujeto. Que el proceso de la intensificación sea muy rápido (intoxicaciones masivas, infecciones por acumulación súbita de gérmenes) o se extienda en el tiempo (intoxicaciones profesionales, infecciones en lugares donde su presentación sea endémica), es circunstancia que modula dicha singularización, pero que no modifica sustancialmente el modo de entenderla. De una manera formal, el cociente entre la intensidad de la agresión y la capacidad defensiva respecto de ella sería, para cada factor, el índice de su potencia nosogenética (Hueppe y Gottstein).

En líneas generales, esto es formalmente cierto; pero la eficacia nosogenética de un agente determinado no será bien entendida si en ella no son distinguidos tres modos y tres niveles.

En primer lugar, el modo y el nivel de las *intensidades universalmente eficaces*. Cuando la dosis y la capacidad agresiva del agente patógeno son, como suele decirse, «de caballo», no hay hombre capaz de soportarlo sin enfermar. La idea helénica de una determinación inexorable o *kat' anánken* (subyacente en expresiones como «mortal de necesidad» o «patógeno por necesidad») surge así en toda su pureza; aunque en ocasiones, recuérdese la enorme resistencia de Rasputin al cianuro potásico, haya de ser muy alta la dosis de un tóxico para producir efectos verdaderamente «necesarios».

Vienen a continuación las *intensidades típicamente eficaces*. Cada tipo biológico –sexo, edad, raza, biotipo *stricto sensu*– posee susceptibilidades y resistencias peculiares: a un determinado agente patógeno el niño puede ser más sensible que el adulto, la mujer más que el varón, etc. La razón habrá que buscarla en la constitución biológica del «tipo» en cuestión; por tanto, en sus caracteres inmunitarios, endocrinológicos, metabólicos, neurofisiológicos, etc.

Aparecen, en fin, las *intensidades individualmente eficaces*. Dentro de las susceptibilidades propias de la especie y de las privativas del tipo biológico, muéstrase la enorme variedad de las susceptibilidades individuales. ¿Por qué, respecto a un factor virtualmente nosogenético, un individuo es más o menos susceptible que otro, y por qué, en consecuencia, ese factor se trueca más o menos fácilmente en vector nosogenético? La respuesta tradicional y canónica dice así: por obra conjunta de lo que en el estado del individuo en cuestión es «constitucional» y es «condicional». Mas ya sabemos que entre la constitución y la condición no hay una línea tajante; y así, junto a las peculiaridades consti-

tucionales de carácter estrictamente génico (estirpes estadísticamente más sensibles o menos sensibles a ciertas noxas o a ciertos desórdenes), hay otras lentamente adquiridas (inmunidades o alergias duraderas de por vida, idiosincrasias o meiopragias adquiridas por troquelado biológico-ambiental). No menos bien sabemos que las modificaciones condicionales nosogenéticamente eficaces pueden tener su origen en determinadas crisis biográficas, consciente o inconscientemente vividas por el sujeto. Por lo que a esta última posibilidad se refiere, bastará recordar las célebres «anginas psicosomáticas» de von Weizsäcker o lo que acerca de la frecuencia de las periodontitis en trances preoposicionales y prematrimoniales me decía hace algún tiempo un odontólogo documentado y observador. ¿Qué sucede en tales casos? Por supuesto, nadie negará carácter de agente patógeno al germen bacteriano productor de la tonsilitis o la periodontitis. Pero el total vector nosogenético se halla en estos casos constituido por la unitaria conjunción de dos motivos: la acción agresiva de ese germen bacteriano y la creación de un *locus minoris resistentiae*, con o sin la participación coadyuvante de desórdenes locales latentes, por la acción consciente y subconsciente de la crisis biográfica de que se trate. Asumiendo las permanentes instancias que imponen la especie y el tipo, la individualización del vector nosogenético se hace ahora –bien que por vía subconsciente– ocasional, biográfica y personal.

Repitamos la interrogación anterior: cuando su naturaleza es preponderantemente fisicoquímica, ¿cómo en el seno de la constelación nosogenética llega a constituirse el vector nosogenético? He aquí la respuesta: eso acontece porque en virtud de un puro azar (el descarrilamiento de un tren, la ingestión casual de un alimento averiado, el trato indeliberado con portadores de gérmenes patógenos), de una intención subconsciente (la angina psicosomática, la periodontitis esponsalicia y, en general, todos los casos en que la enfermedad sea «refugio subconsciente») o de una intención deliberada (la intoxicación o la infección por asesinato o por suicidio), crece de un modo anómalo la intensidad con que actúa un determinado agente (inspiración prolongada de monóxido de carbono), disminuye excesivamente la resistencia frente a él (por causas preponderantemente constitucionales o preponderantemente condicionales, y éstas ambientales o psíquico-biográficas) o se combinan diversamente entre sí uno y otro evento. La pauta consecuencia-predeterminación, la factualidad, la azarosidad y la necesidad quedan así biológica y personalmente moduladas en la estructura real del vector nosogenético.

A la efectiva humanización de éste, cuando su naturaleza es preponderantemente fisicoquímica, contribuye asimismo el hecho que antes llamé *integración*. Bien patentemente lo ha puesto de manifiesto el precedente análisis de las intensificaciones individuales de su acción. Por rutina o por comodidad, la causación de un proceso morboso es con harta frecuencia referida a un solo agente patógeno: el bacilo de Koch en la tuberculosis, el arsénico en la intoxicación arsenical, el correspondiente desorden génico en la corea de Huntington, cierta situación social en la «neurosis de los escribientes». La justificación pragmática de tal proceder no puede ser negada. El hecho de que en determi-

nada situación de la vida de un hombre sean muy abundantes los bacilos de Koch en el aire inspirado es sin duda lo que determina la conversión de su estado de salud en el estado de enfermedad llamado «tuberculosis pulmonar». Nada más cierto, nada más obvio. Pero incluso en los casos aparentemente más puros, ese modo de pensar es una simplificación pragmática de la realidad; en definitiva, un reduccionismo etiológico. La verdad es que al momento principal se asocian siempre en el vector nosogenético otros de importancia subordinada u ocasional, pertenecientes a veces a lo que en la constelación nosogenética es «causa externa» (los tóxicos que, asociados, se potencian entre sí, las infecciones concomitantes con la principal, la situación social: recuérdese el concepto de «etiología social» que metódicamente introdujo Grotjahn en la patología) y correspondientes otros a lo que en esa constelación es «causa interna» o «dispositiva» (una anergia constitucional o condicional y ocasional, y en este caso de origen preponderantemente orgánico o preponderantemente psíquico y biográfico). Ni siquiera a la poderosa perturbación psicoorgánica que acarrean las crisis biográficas es preciso recurrir para advertir cómo puede integrarse y de hecho se integra la acción de varios momentos nosogenéticos. Basta recordar, en efecto, cómo la motilidad de un órgano es modificada cuando el sujeto se representa consciente e imaginativamente el mecanismo inconsciente de ella, para tener a la vista uno de los modos de producirse la integración de motivos psíquicos en la complejidad de un vector nosogenético. ¿No nos enseñan los epidemiólogos que un ejército derrotado es más sensible a las infecciones que un ejército victorioso? Sin tener en cuenta la posibilidad de tales procesos psicoorgánicos no sería hacedero un diagnóstico integral.

Debe ser considerada, en fin, la *personalización* del vector nosogenético; más explícitamente, la incorporación de su realidad y su vivencia a la vida personal del sujeto. Salvo los producidos en plena inconsciencia, como el vómito de un comatoso, todos los cambios de estado, incluso los de apariencia más automática, acaban personalizándose, y la nosogénesis no es excepción a esta regla. Ahora bien: la personalización puede ser más consciente o más inconsciente, y previa al cambio de estado, personalización *a priori*, o posterior a él, personalización *a posteriori*. Conscientemente y *a priori* quedan personalizados los cambios de estado subsiguientes a una decisión deliberada, la de dar un paseo o leer un libro. Inconscientemente y *a priori*, la indeliberada evitación de una tarea por el temor subconsciente a que su ejecución resulte inútil o enojosa. Conscientemente y *a posteriori*, cuando el sujeto valora o interpreta lo que para su vida personal ha sido el cambio de estado de que se trate. Inconscientemente y *a posteriori*, en fin, cuando de modo oscuro y sin saber por qué, la persona vive por modo subconsciente lo que para ella significa la mudanza experimentada. En todo caso, y como ya sabemos, la personalización de un cambio de estado lleva siempre en sí un momento pático (la vivencia de lo deliberada o indeliberadamente hecho) y un momento interpretativo (la percatación de lo que esa vivencia significa para quien la experimenta).

Al estudiar la configuración del cuadro clínico, examinaremos con la atención necesaria y según todas estas posibilidades el problema de la personali-

zación de la enfermedad. Pero no quedaría completa esta sumaria descripción comprensiva de la nosogénesis sin indicar que desde sus más tempranos instantes, bien por la vía consciente del malestar anómalo y amenazante y de la vivencia de aflicción-iluminación, bien por la vía subconsciente de los *arrangements* etiológicos y adaptativos que han descubierto la psicología profunda y la medicina antropológica, quedan incipientemente personalizadas la constitución y la acción del vector nosogenético, y sin poner por otra parte de relieve que, en el caso de los vectores nosogenéticos de naturaleza preponderantemente fisicoquímica, la personalización del cambio de estado tiene lugar de abajo arriba, desde lo que en el hombre es sensación cenestésica de su propio cuerpo hasta lo que en él es yo consciente e inteligente; por tanto, según un proceso de *Ich-bildung* o egogénesis, porque en él se yoifica, si se me admite el término, la oscura vivencia de lo que en el seno del organismo acontece. Apenas parece necesario consignar que, conexas entre sí, todas las estructuras de la realidad humana anteriormente descritas –estructuras operativas, impulsivas, signitivas, cognitivas, expresivas, pretensivas y posesivas– entran en juego en el proceso de la personalización.

5.º Aun en el caso de hallarse muy próximas a ser pura «reacción» fisicoquímica, como sucede en las alteraciones nosogenéticas que ahora consideramos, nunca los cambios de estado de un organismo humano –decía yo antes– dejan de ser verdaderas «respuestas». No constituye una excepción a esta regla, valga de nuevo tal ejemplo, la génesis de las lesiones subsiguientes al contacto del ácido sulfúrico con la piel. Algo, mucho de ella puede y debe ser aproximadamente explicado en términos de reacción física y química; pero un examen atento y minucioso de lo que ella es dentro del organismo y de la vida a que pertenece, comenzando por la respuesta inflamatoria que provoca, obligará a ver que ese «algo» y ese «mucho» cobran realidad, figura y sentido totales en tanto que integrados en una anticipación proléptica y en una anticipación proyectiva. Paulatinamente veremos cómo.

b. *Preponderancia instintiva*

Vectores nosogenéticos de naturaleza *preponderantemente instintiva;* no sólo aquellos en que la libido, el hambre, la sed, el ansia de valimiento social, los impulsos hacia la agresión y la socialidad y el instinto tanático tienen importancia descollante, también aquellos otros en que se realizan las formas más primitivas o «biológicas» del instinto de conservación, el *turgor vitalis* y las reacciones-respuestas de carácter defensivo, como la inflamación. Que el nivel de la conciencia psicológica y el de la gobernabilidad psíquica sean muy distintos en un cambio de estado de índole sexual y en un proceso inflamatorio no debe impedir la consideración de ambos procesos bajo una misma rúbrica.

El análisis científico-natural de cualquier cambio de estado, sea más reactivo o más responsivo su carácter, y dominen en él la pulsión psicoorgánica o la pasividad ante la impulsión externa, siempre nos mostrará un proceso biológi-

co-molecular; patológico-molecular, en el caso de la nosogénesis. Inmensa es la suma de saberes que a este respecto han acumulado y siguen acumulando la bioquímica, la endocrinología, la inmunología y la neurofisiología. Pero los cada vez más finos resultados de ese análisis no deben dejarnos ciegos ante la realidad de las estructuras biológicas a que tales resultados pertenecen y, en consecuencia, ante las actividades psicoorgánicas estructuralmente determinadas por su conjunto. Pues bien: una de tales actividades es la que ejercitan las estructuras impulsivas –impulsos, pulsiones e instintos– de nuestra realidad y nuestra vida. A la configuración patológica de tal actividad pertenecen la inmensa mayoría de las enfermedades que solemos llamar «orgánicas»; bajo forma de síndrome general de adaptación, fiebre, disnea, vómito, temblor, depresión, delirio, inflamación, proceso inmunitario, etc., todas ellas se hallan determinadas por la inicial acción de un vector nosogenético de naturaleza preponderantemente instintiva y por la constitución de una causa inmediata –siempre orgánica– directamente relacionada con él.

Como en el caso precedente, preguntémonos: ¿cómo y por qué un vector de carácter preponderantemente instintivo da lugar al desequilibrio psicoorgánico y al modo de vivir con que la enfermedad se inicia? Los términos de la respuesta deben ser ahora los siguientes:

1.º La pauta rectora del proceso nosogenético se halla preponderantemente regida en este caso por el *doblete estimulación-anticipación proléptica.* La base energético-material de la actividad instintiva está constituida, lo repetiré una vez más, por las sustancias, los fenómenos físicos y las reacciones químicas que elementalmente componen la dinámica del organismo en tanto que organismo. Por otra parte, el sentido biológico-personal de tal actividad –su «para qué», dentro de la vida del sujeto– viene en última instancia determinado por lo que en el hombre es persona: su inteligencia, su libertad, su capacidad de proyección y de apropiación, su aptitud para sentir y entender las impulsiones, las pulsiones instintivas y los estímulos como realidades. Pues bien: sin mengua de la indeclinable y básica unidad con que se funden, dentro de la realidad de cada hombre, esos tres modos de la afección y la actividad, la impulsión fisicoquímica, la pulsión estimulada y la operación proyectiva e intelectiva, hay afecciones y actividades en que la instancia determinante es preponderantemente un estímulo, y la acción determinada es preponderantemente la satisfacción de un instinto, y la pauta orientadora del proceso es preponderantemente la anticipación proléptica. En lo tocante a la nosogénesis, dos ejemplos lo pondrán de manifiesto.

Accidentalmente, la picadura con una aguja infectada da lugar a la formación de un absceso estafilocócico. En este caso, ¿cuál ha sido la estructura de la nosogénesis? Nada más claro, si la mente se atiene al reduccionismo propio de la anatomía patológica y la fisiopatología tradicionales y canónicas; o si, para ponerse al día, se decide a hablar en los términos de la actual patología molecular. En virtud de su peculiar estructura biofísica y bioquímica, las toxinas del estafilococo actúan sobre las estructuras de la región afectada que les son

específicamente sensibles, y sucesivamente, como regida por la pauta consecuencia-predeterminación, se produce la serie de los fenómenos vasculares, humorales y celulares que como causa inmediata de la enfermedad dan origen al rubor, el calor, el tumor y el dolor –la famosa tétrada de Celso– propios de la inflamación, y el absceso se constituye.

No hace falta mucha sutileza intelectual, sin embargo, para advertir que esa serie de procesos fisicoquímicos y celulares se halla ordenada dentro de una más amplia estructura morfológica y funcional, el organismo en su conjunto; estructura a la cual pertenece la actividad habitualmente denominada «instinto de conservación», y en consecuencia la propiedad de ejecutar movimientos que de algún modo –incluso con riesgo de error, porque, contra lo que algunos hipocráticos pensaron, la naturaleza no hace siempre lo mejor– anticipan un término favorable de la situación vital creada por el estímulo desencadenante y la consiguiente causa inmediata; en este caso, la picadura con una aguja infectada y los desórdenes locales subsiguientes. La hiperemia, la hipertermia, la exudación y la diapedesis leucocitaria producidas en el foco inflamatorio se hallan, en efecto, estructuralmente ordenadas a la *restitutio ad integrum;* y en su sucesión, sin la menor mengua de su carácter fisicoquímico, no se hallan últimamente regidas por el doblete consecuencia-predeterminación, sino por la pauta estimulación-anticipación proléptica: el *feed-back* biológico-instintivo de que hablé en páginas anteriores. No se trata, pues, de la acción de un «principio vital» supramecánico y supraquímico, como pensaban los médicos vitalistas, sino de una propiedad estructural de la materia, correspondiente al nivel de las estructuras de ella que técnicamente llamamos «organismo». ¿Quiere esto decir que una inflamación humana –más precisamente: una enfermedad inflamatoria humana– sea *por completo* explicable en términos de estructura psicoorgánica, como si la psique humana sólo fuere «gradualmente» distinta de la psique animal? No lo creo. Me limito a pensar que la inflamación es en el hombre un proceso de índole preponderantemente estructural e instintiva. Considerada en su integridad y en su esencia, la enfermedad humana es siempre «respuesta personal», por mucho que en ella prepondere el carácter de «reacción instintiva» y por mínimos y sutiles que en su realidad sean los momentos *stricto sensu* «personales».

Acaso sea la inflamación el proceso morboso de la patología humana de contextura más próxima a la pura estructuralidad material de la vida zoológica; más idóneo, por tanto, para un estudio patológico-comparado de la enfermedad. Por el otro extremo, pensemos en una neurosis orgánica cualquiera; por ejemplo, una hiperemesis psicogenéticamente determinada. En el tránsito desde el estado de salud hacia el estado de enfermedad, ¿cuál ha sido ahora el vector nosogenético? A los ojos de un freudiano, un desorden en la economía de la libido, determinado por tal o cual trauma psíquico durante la infancia del sujeto. A los ojos de un adleriano, un desorden en la dinámica de la exigencia de valimiento y dominio, engendrado por tales o cuales situaciones y vicisitudes en el seno del grupo social a que el enfermo pertenece. No entremos ahora en la posible discusión entre ambas interpretaciones o en el problema de su

posible conciliación. Limitémonos a consignar que el vector nosogenético no tiene ahora su momento principal en una acción tóxica o en una infección microbiana, sino en una perturbación de lo que en la constelación nosogenética es vida instintiva, instinto. Y si con esta clave interpretativa estudiamos el mecanismo y el proceso de la nosogénesis, comenzando por la constitución de la causa inmediata de la enfermedad –esto es: por el desorden orgánico, tal vez endocrino y neurofisiológico, a que ese vector ha dado lugar, del cual los síntomas son consecuencia reactivo-responsiva–, es seguro que descubriremos el importante papel que la anticipación proléptica –eso sí, morbosamente alterada– ha tenido en la seriación de esos síntomas. En el caso de la inflamación, la ordenación de la prolepsis tiene lugar en el inconsciente orgánico; es, pues, una de las expresiones de la que Cannon llamó «sabiduría del cuerpo». En el caso de la hiperemesis neurótica, la anticipación proléptica –lo que de prolepsis tiene la anticipación en los desarrollos neuróticos– acontece en el inconsciente psíquico. Mas no por ello se quiebra la continuidad entre ambos modos de la reacción-respuesta, porque, como bien sabemos, en el hombre es orgánico todo lo psíquico y psíquico todo lo orgánico; su realidad es en todo momento simultáneamente orgánica, psíquica y personal. ¿Cómo? Tal es, debo repetirlo, el problema central de la antropología filosófica y –desde nuestro particular punto de vista– con él habremos de encontrarnos una y otra vez.

2.º A los cambios de estado de naturaleza preponderantemente instintiva pertenece como nota esencial, junto a la prolepsis, la *totalidad*, el hecho de que la mudanza ocasionada por la reacción-respuesta no se halle somáticamente bien localizada y afecte a todo el organismo. Aunque su causa inmediata parezca limitarse a primera vista a una porción bien circunscrita del cuerpo –el absceso en la infección local, el estómago en la hiperemesis–, la inflamación y la neurosis orgánica alteran el cuerpo entero. La «unidad funcional» que tan bien y tan tempranamente describió Augusto Pi y Suñer, el «holismo» de que tanto se ha hablado en los últimos decenios (*hólon*, «el todo»), son modos de ser inherentes al organismo viviente en cuanto tal, y se expresan tanto en la fisiología normal como en la nosogénesis. En cuanto que se forma en el seno de un organismo vivo y sobre él actúa, todo vector nosogenético, y más los de carácter instintivo, lleva en sí –si así vale decirlo– un designio de totalidad.

3.º La constitución y la operación de los vectores nosogenéticos de carácter preponderantemente instintivo hacen asimismo patente el fenómeno, páginas atrás mencionado, de la *convertibilidad de la energía instintiva*, especialmente en el caso de los instintos en que más sobresaliente es la importancia de su momento psíquico; el sexual y el de valimiento, por ejemplo. Pienso que así lo demostrará en muchos neuróticos un detenido examen diacrónico de su dolencia. Y en cuanto a los instintos en que predomina muy notoriamente su momento orgánico –el de conservación, muy en primer plano– ¿no nos dice algo, a este respecto, la experiencia de los yoguis? Todavía distamos mucho de conocer satisfactoriamente la considerable plasticidad de nuestro cuerpo.

4.º Todo lo que acontece ante nuestros ojos puede ser tratado como puro hecho: la caída de una piedra, o la conducta de un hombre; no de otro modo

procedió, respecto de ésta, el conductismo clásico. Pero hay realidades y procesos cuya simple contemplación pide que los consideremos como eventos. Esto es imposible, desde luego, en el caso de la caída de una piedra (5); pero es mínimamente posible en la producción de una lesión cáustica o de una fractura, porque la génesis de una y otra, por eficaz que llegue a ser su explicación bioquímica y mecánica, afecta intrínsecamente a un organismo vivo, y más cuando éste es personal; y es netamente hacedero, más aún, se hace ineludible, en el caso de la nosogénesis en que visiblemente prepondera la condición instintiva. Sin tener en cuenta cualquier interpretación *a posteriori*, sólo por ser proléptica su estructura temporal, la constitución y la acción inmediata de un vector nosogenético de naturaleza instintiva tienen un carácter a la vez factual y eventual. Antes hablé de la *factualidad parcialmente comprensible* de los cambios de estado instintivos; con el mismo sentido podemos decir que el vector nosogénico en que la instintividad prepondera posee una *factualidad incoativamente eventual*. Si no se la atribuyésemos, no podríamos entender adecuadamente su realidad propia.

5.º Sobre el azar y la necesidad que de modo no absoluto rigen la causación del proceso nosogenético, cuando es preponderantemente fisicoquímico el vector que lo determina, se imponen ahora la *azarosidad parcialmente interpretable* y la *necesidad parcialmente gobernable* antes mencionadas. El azar en la aparición del vector nosogénico es tanto menor cuanto menos «orgánica» y más «neurótica» es la enfermedad resultante: el «cuando» del comienzo de la dolencia, su oportunidad en el tiempo biográfico, su *kairós*, como decían los hipocráticos, puede ser en alguna medida entendido por el clínico. Con lo cual se hace asimismo posible que el paciente, orientado y ayudado por el médico, también en alguna medida pueda gobernar la mayor contingencia de las acciones psicoorgánicas de ese vector. Para ejemplificar ambas posibilidades de la nosogénesis, contrapongamos la casi total imposibilidad de modificar la aparición y el curso de una enfermedad inflamatoria –como no sea mediante la acción «desde fuera» que permiten las técnicas farmacoterápicas y quirúrgicas– y la relativa facilidad con que la aparición y el curso de ciertas afecciones neuróticas pueden ser «desde dentro» gobernadas. Tal es el fundamento psicológico de la ya mencionada actitud que la sociedad puritana de Nueva Inglaterra adopta ante el enfermo neurótico (Hollingshead y Redlich).

6.º Resumamos el resultado de nuestro análisis. La constitución y la acción inmediata de un vector nosogenético de naturaleza preponderantemente instintiva se hallan preponderantemente regidas por el doblete estimulación-anticipación proléptica, poseen un carácter más o menos convertible, más o menos eventual, además de factual, y más o menos comprensible, dentro de su radical azarosidad, y en alguna medida, mínima en ciertos casos, notoria en otros, son gobernables «desde dentro». Lo cual, como en el caso anterior, nos

(5) La caída de una piedra, puro hecho en sí misma, puede convertirse accidentalmente en evento cuando por azar hiere a una persona. Se eventualiza, por decirlo así, a través de esa consecuencia vulnerante. Ello sin contar la posible interpretación alegórica, mítica o providencialista que alguien, movido por alguna creencia, pueda dar al «sentido» de dicha caída.

obliga a examinar con algún detenimiento el triple problema de la singularización, la integración y la personalización de dicho vector.

¿Cómo el vector instintivo se *singulariza;* cómo un momento instintivo descuella con eficacia sobre los restantes de la constelación nosogenética y se convierte en agente morboso? ¿Sólo por su intensificación? Y en tal caso, ¿de qué modo la intensificación del estímulo y la de la pulsión por él estimulada se hacen nosógenas?

La respuesta no puede ser uniforme. En el caso del instinto de conservación –propiedad estructural del organismo viviente, cualitativamente personalizada en el organismo humano–, la intensificación del estímulo, una agresión bacteriana, por ejemplo, y la consiguiente intensificación de la respuesta, por sí mismas pueden adquirir carácter morboso. Estimulaciones poco intensas del instinto de conservación permiten al psicoorganismo conservarse indemne sin enfermedad; estímulos más enérgicos le obligan a defender su integridad mediante el riesgo de una respuesta morbosa. Más extremadamente deben intensificarse el hambre y la sed para que el hecho de padecerlas las convierta en centro de un vector nosogenético (6). En cambio, no parece que la castidad, voluntaria o forzosa, y por consiguiente la intensificación del instinto sexual, produzca por sí sola desórdenes patológicos (7). Sólo asociada a otros factores –caracterológicos, biográficos, teratológicos, infectivos, etc.– puede manifestarse *sub specie morbi* la exaltación de la libido. Por lo demás, la eficacia nosogenética atribuible a la intensificación de un estímulo instintivo debe ser ordenada –aunque con más cautela– según los tres niveles que en el caso de la agresión de carácter fisicoquímico fueron discernidos: las intensidades universalmente eficaces, las típicamente eficaces y las individualmente eficaces. No será ocioso advertir que el papel de la individualidad, y por tanto de la biografía, tiene ahora mucho mayor relieve. Toda la experiencia clínica que dio lugar al psicoanálisis freudiano –léanse las historias clínicas del propio Freud– lo demuestra con evidencia.

Complícanse las cosas en el caso de los estímulos de carácter instintivo, porque a la *intensificación* pueden unirse ahora otros motivos, principalmente la *perversión,* la *frustración* y la *represión anómala.*

Los estímulos de naturaleza instintiva pueden hacerse nosogenéticos, en efecto, por perversión. La bulimia y la anorexia nerviosa en el caso del hambre –porque una y otra no son simples intensificaciones o debilitaciones del instinto nutricio–, las perversiones del instinto sexual, del instinto tanático, de la agresividad y la socialidad, lo hacen ver con claridad suma. Más que la intensificación del estímulo instintivo, su perversión es lo que ahora le convierte en vector nosogenético.

(6) Lo cual no excluye, como ya apuntaron Gregorio Marañón y Ernst Bloch, que la investigación de las consecuencias patológicas del hambre –entre ellas, las de carácter neurótico– no ofrezca amplias perspectivas inéditas. ¿Dónde está el Freud del hambre?

(7) Ni tampoco la intensificación deliberada de dicho instinto, sea por estimulación somática (el onanismo, la ingerencia de un fármaco afrodisiaco), por estimulación situacional (el *strip-tease,* por ejemplo) o por estimulación puramente psíquica (la imaginación voluntaria de carácter erótico).

Asociada o no a ella, la *frustración* contribuye con frecuencia a la conversión del movimiento instintivo en *causa morbi*. No parece desmedido afirmar que la frustración reiterada de un apetito instintivo suficientemente intenso suele acabar produciendo un desorden funcional, e incluso –en el amplio sentido que debe darse a esta expresión– una lesión orgánica. En cualquier caso, nunca deberemos perder de vista que la energía instintiva es interconvertible y polarizable. La experiencia de los campos de concentración ha mostrado con terrible evidencia hasta dónde puede llegar, cuando la situación es extrema, esa convertibilidad de la energía instintiva. Respecto a la eficacia nosogenética de la *represión anómala*, la literatura psicoanalítica da testimonio sobreabundante; y tanto en lo relativo a la etiología y la patogenia de las psiconeurosis como, a través del fenómeno que Freud llamó «conversión», en lo tocante a la génesis de las neurosis orgánicas; y con ese mismo fenómeno como eslabón intermedio –estudios iniciales de Groddeck, Ferenczi y Deutsch, medicina antropológica de von Weizsäcker, patología psicosomática–, en cuanto a la nosogénesis de no pocas de las enfermedades que estudia la medicina interna.

Salvo cuando es inmediatamente sensible (8), la singularización intraorgánica de los vectores nosogenéticos de índole fisicoquímica tiene lugar en el inconsciente somático, en el seno mudo y oscuro de los procesos celulares y metabólicos. Hasta que sobrevienen la salivación y los restantes síntomas digestivos, nadie siente cómo el mercurio va fijándose en la mucosa y en las glándulas de su boca y su estómago. La singularización de los vectores nosogenéticos de naturaleza instintiva, en cambio, suele ir acompañada de tempranas manifestaciones psíquicas subconscientes y conscientes. La experiencia clínica que da fundamento a la psicología profunda lo ha demostrado hasta la saciedad.

La singularización nosogenética de un movimiento instintivo no excluye, antes incluye su *integración* con otros momentos de la constelación causal a que pertenezca. La eficacia desencadenante y el mecanismo de la operación lesiva del vector en cuestión quedan así sensiblemente modificados. Integrándose con él, e integrados todos en la situación y en la realidad de la persona, esos factores subordinados incrementan, inhiben o modulan la acción nosogenética del factor principal.

Apenas será necesario decir que tales factores constelativos pueden ser fisicoquímicos, instintivos, sociales y personales *stricto sensu*. Tradicionalmente viene admitiéndose que la infección tuberculosa produce cierta exaltación de la libido. *La dama de las camelias* y *La montaña mágica* son los más eminentes y conocidos testimonios literarios de esa convicción (9). Suponiendo que tenga suficiente fundamento real ¿cómo desconocer que el papel etiológico de la libido en una neurosis sexual se hallará potenciado o modulado por las toxinas del bacilo de Koch, si el sujeto que hace y padece esa neurosis es tuberculoso?

(8) Sirva como ejemplo el dolor gastrointestinal de ciertas intoxicaciones.

(9) Leopoldo Cortejoso ha estudiado muy bien este problema de la expresión literaria de la tuberculosis padecida y la tuberculosis contemplada.

Otras veces serán de carácter instintivo los factores coadyuvantes. Para no salir del campo de las neurosis sexuales, piénsese en la posible asociación del hambre o del afán de poderío a la acción nosogenética del motivo erótico. Y no hace falta aguzar mucho la mirada para descubrir cómo motivos de índole social y personal –situación en la sociedad y en la historia, creencias, intereses, proyectos, etc.– se combinan etiológicamente con las intensificaciones morbosas, las perversiones, las frustraciones y las represiones anómalas de la vida instintiva.

Singularizados e integrados, el vector nosogenético instintivo y su inmediata acción nosógena se *personalizan* en el paciente desde el momento mismo de su aparición. En doble sentido: hacia abajo y hacia arriba, si queremos rendir tributo al discutible tópico de situar «abajo» el cuerpo y «arriba» la actividad consciente y el yo. Hacia abajo, por somatización, porque los movimientos instintivos –orgánicos en su esencia, en cuanto que el instinto pertenece a las actividades estructurales del organismo– se somatizan reduplicativamente cuando, al pasar de la pulsión a la ejecución, se resuelven normal o patológicamente en los procesos biofísicos y bioquímicos que les sean propios; y esto, tanto en el caso del instinto sexual, como en el del instinto nutricio y en el de conservación. Hacia arriba, por yoificación, porque la vivencia del movimiento instintivo, sea éste normal o patológico, consciente e inconscientemente se incorpora a lo que en la persona es yo. En la personalización de los desórdenes de carácter instintivo hay pues, egogénesis y ekeinogénesis, formación de yo y formación de ello. Quede aquí el tema, que habrá de reaparecer cuando, no sólo en su periodo nosogenético, estudiemos de frente la personalización de la enfermedad.

c. *Preponderancia personal*

Vectores nosogenéticos de naturaleza *preponderantemente personal.* Momentos de la realidad humana pertenecientes a lo que en sentido estricto llamamos vida personal –los que de un modo o de otro tienen que ver con la inteligencia, la libertad, la responsabilidad y la conciencia moral, la idea de sí mismo, la vocación, las creencias y las dudas, las esperanzas y las desesperanzas, los amores y los odios– los hemos visto aparecer, con eficacia más o menos acusada, al estudiar la integración de los vectores de naturaleza preponderantemente fisicoquímica o instintiva. Así tenía que ser, porque la realidad de la persona es unitaria, pese al relieve que ocasionalmente pueden tener en su dinámica las impulsiones mecánicas o fisicoquímicas y las pulsiones instintivas. No se trata, pues, de reconocer y afirmar que la vida personal tiene parte en la nosogénesis, incluida la de los procesos morbosos de apariencia más puraramente orgánica o cósmica, sino de indagar si hay enfermedades en las cuales esos momentos de la vida personal desempeñan un papel preponderante.

Los casos más extremados de esta posibilidad, aquellos en que la anomalía psicoorgánica tiene su causa en un acto libre –con todos los condicionamientos que siempre, hasta en la vida más normal, limitan y modulan el ejercicio del li-

bre albedrío–, se hallan muy cerca o caen dentro de las alteraciones somáticas deliberadamente producidas, como las consecuentes a la simulación y a la voluntad habitual de quemar la propia vida; muy cerca o dentro ya, por tanto, de la no-enfermedad. Pero ¿dónde está el límite entre la simulación y la huida semiconsciente a la enfermedad, sea ésta neurótica u orgánica, o entre la psicopatía o la depresión y la sorda inclinación al suicidio del hombre que desesperadamente está quemando su vida? No será fácil decidirlo en bastantes casos.

Al margen de ellos, la existencia de enfermedades engendradas por vectores nosogenéticos de carácter vaga y subconscientemente proyectivo, y no sólo entre las que la medicina oficial llama «neuróticas», parece hoy indudable. No sólo el psicoanálisis, también la medicina antropológica y la patología psicosomática –en su núcleo científicamente más fiable, al menos– han hecho evidente esta realidad; aunque sólo por extensión pueda ser llamada «proyecto» la larvada y subconsciente intención morbosa en que el vector nosogenético tiene ahora su nervio. Veámoslo, según la serie de puntos seguida en los dos apartados anteriores.

1.º Al estudiar la causación de los cambios de estado, discerní entre ellos los preponderantemente regidos por el doblete cronobiológico apercepción del *presente-anticipación proyectiva*. La prolepsis de los cambios de estado de carácter instintivo se convierte ahora en genuino proyecto; y, resueltamente elevada desde el nivel del mero hecho al nivel del verdadero evento, la mudanza vital cumple los tres modos del sentido biográfico que llamé «seguir viviendo», «vivir así» y «seguir siendo yo». La deliberación, una azarosidad mínima, un grado máximo de la comprensibilidad y de la gobernabilidad «desde dentro» y una personalización principalmente dirigida «hacia abajo», hacia la plena somatización o formación de ello, son las notas esenciales de los cambios de estado preponderantemente personales, en el más estricto sentido de esta palabra.

¿Es posible la fiel aplicación de ese esquema a la intelección de la nosogénesis, cuando en el vector que la determina preponderan motivos pertenecientes a la vida personal? Pienso que sí; al menos, si se tiene en cuenta que también son «personales» a su manera los actos subconscientes, y si no se olvida que en la realidad del hombre, y por tanto en la enfermedad humana, todo lo psíquico es a la vez orgánico y todo lo orgánico es a la vez psíquico; por tanto, que siempre son simultáneamente orgánicos y psíquicos el vector nosogenético y la causa inmediata de la enfermedad. Poco importa, a tal respecto, que la enfermedad sea una neurosis obsesiva o una cardiopatía isquémica; tan orgánica es la causa inmediata de aquélla como la de ésta, aunque hoy conozcamos con precisión mucho mayor la segunda.

Esto sentado, vengamos a las formas de la nosogénesis en que son preponderantes los momentos pertenecientes a la vida personal. He aquí, a título de ejemplo, la neurosis que padecía la Sra. Emmy de N., primera de las pacientes que Freud trató mediante la hipnosis. El análisis a que metódicamente fue sometida la paciente permitió conocer los traumas psíquicos que dieron origen a

su dolencia, y en consecuencia el lapso temporal –nada instantáneo, por supuesto– en que esa mujer pasó del estado de salud al estado de enfermedad. ¿Podemos decir que el doblete apercepción del presente-anticipación proyectiva rigió la orientación de su vida hacia la nosogénesis, y luego hacia la dolencia neurótica que Freud describe? Evidentemente, no; la Sra. Emmy de N. era una verdadera enferma, no una simuladora. Pero en la vivencia y en la interpretación más o menos consciente del presente por ella vivido tuvo su punto de partida la nosogénesis, y de la subconsciente inclinación hacia un refugio en la enfermedad –esto es: en un vago proyecto anticipativo oscuramente vivido– recibió su impulso primario el vector nosogenético de dicha dolencia. *Mutatis mutandis*, lo mismo podría decirse de cualquiera de las anginas psicosomáticas que von Weizsäcker describió: la vivencia consciente-inconsciente de una crisis vital, la subconsciente pulsión hacia la enfermedad como refugio y una crónica u ocasional debilidad filáctica de las amígdalas dieron lugar a un vector nosogenético en cuya estructura se mezclaban *ex aequo* un momento personal, otro social y otro bacteriano.

A la luz de estos ejemplos, no será difícil advertir cómo las restantes notas de los cambios de estado preponderantemente personales se cumplen en este tercer tipo de la nosogénesis. Azarosidad mínima: la aparición de la neurosis de la Sra. Emmy de N. y de la angina psicosomática del paciente X. no fueron puro azar. Comprensibilidad máxima: en ambos casos fue posible percibir el sentido de la enfermedad. Gobernabilidad también máxima. Todo lo que realmente sucede, con cierta necesidad ha llegado a suceder, y la enfermedad neurótica no es excepción a esta regla; pero no tienen el mismo grado la necesidad con que se ha producido la muerte tras la ingestión de una dosis mortal de cianuro potásico y la necesidad con que ha tenido lugar una crisis vital tras la experiencia de un trauma psíquico; de lo cual se desprende que el hecho de esa muerte es, supuesta tal ingestión, *absolutamente* ingobernable, y que es *relativamente* gobernable, así «desde fuera» (acción preventiva de un posible psicoterapeuta) como «desde dentro» (autocontrol del sujeto), el evento de esta crisis vital. Lo cual no implica la total ausencia de azar, la total comprensibilidad y, por supuesto, la total gobernabilidad «desde dentro» de la más tenue y lábil reacción neurótica; tal es, quiero repetirlo, el límite real entre la enfermedad y la simulación.

2.º Presenta también peculiaridades la *singularización* del vector nosogenético. ¿Por qué en un sujeto ha llegado a ser morbosamente conflictiva su vida personal? ¿Por qué, dentro de una situación personal morbosamente conflictiva, es *tal* conflicto y no *tal otro* el que en ese sujeto actúa como principal momento psicogenético? Si un conflicto psíquico –moral, social– por azar se intensifica explosivamente, ese azaroso evento siempre tendrá parte importante en la respuesta a tales interrogaciones. Si el azar no hubiese hecho sufrir a la Sra. Emmy de N. los intensos traumas psíquicos que había en la prehistoria inmediata de su dolencia, la muerte de su marido y la persecución a que acto seguido la sometió la familia de éste, acaso esa señora no hubiera llegado a padecer su neurosis; o, por lo menos, *aquella* neurosis. Pero sin un análisis dete-

nido de la personalidad del sujeto y sin un atento examen de la total situación nosogenética –comprendido en ella, por supuesto, el estado orgánico del paciente–, nunca podría entenderse la eficacia real que un determinado conflicto y una determinada intensidad del mismo han llegado a alcanzar en cada caso. Intensidad vivida del conflicto, personalidad del enfermo –el llamado «carácter neurótico»–, índole de la situación social en que el enfermo vivía; he aquí los tres momentos que determinan la singularización del vector nosogenético, cuando el carácter de éste es preponderantemente personal.

Pongamos en serie ascendente los vectores fisicoquímicos, instintivos y personales de la nosogénesis. Pues bien: observada ésta en su conjunto, no es difícil advertir que el proceso nosogenético va haciéndose más consciente y menos azaroso a lo largo de esa serie. Sin llegar nunca a ser enteramente consciente, porque hasta en las neurosis psíquicamente más elaboradas hay siempre para el enfermo un núcleo por completo incomprensible, y sin dejar de ser en alguna medida azaroso, porque siempre el accidente neurótico podría no haberse presentado o haber aparecido en otro momento, ese proceso va ganando transparencia mental para quien en sí mismo lo hace y padece, el enfermo, y sentido comprensible para quien desde fuera lo observa y trata, el médico. Mídase desde este punto de vista el contraste entre la aparición de un cuadro infeccioso azarosamente sobrevenido y la instauración de un proceso neurótico satisfactoriamente interpretable por el análisis. Nunca, sin embargo, perderá por completo su vigencia nuestro «preponderantemente»; nunca la génesis del cuadro infeccioso será un hecho enteramente opaco y azaroso, si en ese cuadro se quiere ver lo que él realmente es, un modo morboso de vivir la persona que lo está sufriendo, y si se sabe estudiarlo desde los cuatro puntos de vista a tal respecto esenciales –el somático, el psíquico, el social y el biográfico–, y nunca la aparición de la neurosis psicogenética llegará a ser un evento por completo transparente y comprensible, si el médico no se contenta con ser puro técnico y se decide a bucear hasta el fondo enigmático –misterioso, más bien– que late en toda enfermedad humana.

En su análisis de la estructura y la esencia de la nosogénesis, nunca el clínico y el antropólogo exigentes, aquél frente a un paciente particular, este otro ante la genérica realidad del enfermar humano, podrán eludir, en efecto, las siguientes interrogaciones: ¿por qué, entre todos los posibles, ha sido éste y no otro el factor de la constelación causal que ha llegado a convertirse en vector nosogenético?; y más radicalmente: ¿por qué este hombre, pudiendo no haber enfermado, ha llegado a enfermar?; y más radicalmente todavía: ¿por qué los hombres enferman? Y en la respuesta, individual y concreta la del clínico, universal y teorética la del antropólogo, siempre se mezclarán de manera más o menos discernible los tres momentos que Dilthey señaló en la determinación del curso vital del hombre: el azar, el destino y el carácter: lo que en la vida del hombre acaece pudiendo no haber acaecido, lo que como conjunto de todas las vicisitudes en ella acaecidas, las azarosas y las no azarosas, aparece *a posteriori* como un *fatum* más o menos necesario, y lo que, decidido o modulado por la propia personalidad, emerge como acto más o menos libre del fondo de

ésta. Pero ¿por qué el azar?; ¿y por qué el hombre está sometido a un destino, y en qué consiste la realidad de éste?; ¿y por qué la libertad y sus límites? La nosogénesis pone ante nuestros ojos la abismal herida de la existencia humana que he llamado yo *mysterium doloris*. Más de una vez volveremos a encontrarla.

3.° Como en los dos modos típicos precedentes, la *integración* es en éste nota constante de la nosogénesis: al momento o nervio principal del vector nosogenético se asocian otros, pertenecientes también a la constelación etiológica, que coadyuvan a su acción, la inhiben o la modulan. En una neurosis traumática, por ejemplo, lo decisivo desde el punto de vista de la nosogénesis es mucho más la vivencia del trauma que la lesión orgánica directamente producida por el accidente; pero ello no es óbice para que dicha lesión tenga alguna eficacia, en cuanto tal lesión orgánica, sobre la totalidad del cuadro clínico ulterior a ella. Algo análogo podría decirse del papel que los *loci minoris resistentiae*, las meiopragias y las llamadas «espinas orgánicas» o «espinas irritativas» desempeñan en la génesis de ciertas neurosis; y pasando de la lesión orgánica al desorden de la vida instintiva y a la influencia de la situación social, de todos los variadísimos factores que en la constelación nosogenética pueden cooperar con el principal. Hasta en las neurosis más «psíquicas», el cuerpo facilita o dificulta tanto la génesis de la causa inmediata como la aparición del cuadro clínico.

4.° Todo lo dicho nos está enseñando que la *personalización* del vector nosogenético tiene ahora un rasgo dominante: la somatización. Esta comienza con la constitución de la causa inmediata de la enfermedad, que hasta en las llamadas «psiconeurosis» es y no puede no ser orgánica, y prosigue en la ulterior configuración del cuadro clínico, porque a la vez es y no puede no ser orgánica y psíquica la realización de los síntomas, comprendidos los de apariencia más puramente psíquica. Sólo somatizándose por vía neurofisiológica y endocrina llega a personalizarse, en efecto, una neurosis obsesiva. Para no hablar de las organoneurosis y de las neurosis de conversión, procesos neuróticos en que la somatización de la nosogénesis es por completo evidente.

IV. OCASION Y TEMPO DE LA NOSOGENESIS

Si no se cuentan los excepcionales momentos de la vida en que su actualización más se aproxima a ser la mudanza que los filósofos medievales llamaron *motus instantaneus* –ciertos trances místicos, ciertas ocurrencias mentales, los arrebatos de diversa índole a que Jaspers dio el nombre común de *hoher Augenblick*, «instante excelso»– (10), la realización de ella se halla ineludiblemente afectada por el tiempo (11). Obviamente, los cambios de estado, entre

(10) ¿Qué relación tienen esos «instantes» con el tiempo de la existencia humana? Importante cuestión antropológica y metafísica, que aquí no puede ser discutida.

(11) El tema de la relación entre el tiempo, la vida biológica y la vida humana ha sido excelentemente tratado por J. A. Mainetti en su estudio «El tiempo biológico y el hombre», *Quirón* 12 (1981), 139-155.

ellos la nosogénesis, no pueden ser excepciones a esa regla. Ahora bien; en el caso de la nosogénesis, dos son los modos principales de tal afección: uno tocante a la ocasión de la enfermedad y relativo el otro a la patocronia.

1. La ocasión de la enfermedad

Señalado en el tiempo por su comienzo, toda enfermedad tiene un «cuando» en la vida del enfermo. Con las reflexiones precedentes he intentado dar alguna razón del «qué», el «cómo» y el «por qué» de la nosogénesis: qué es, cómo tiene lugar, por qué adopta un modo u otro. En el capítulo subsiguiente surgirá el problema de su «dónde»: por qué la enfermedad se localiza en tal o cual parte del organismo. Sin perjuicio de volver sobre el tema, expondré ahora en sus líneas generales otro problema, el de su «cuándo»: por qué el proceso morboso se inicia en el momento del curso vital del paciente en que realmente lo hace.

Pensando más en la intervención del médico que en el comienzo de la enfermedad, los hipocráticos mostraron una viva preocupación por el *kairós* (oportunidad, ocasión) de aquélla. *Occasio praeceps*, «la ocasión es fugaz», se lee en la traducción latina del primero y más célebre de los *Aforismos*. Teniendo más en cuenta el comienzo de la dolencia que la acción del terapeuta, y moviéndonos, como es obvio, dentro del pensamiento antropológico actual, examinaremos sumariamente la ocasión, el *kairós* de la iniciación del proceso morboso, la posible respuesta a la pregunta: «esta enfermedad, ¿por qué precisamente ahora?».

Para ello es preciso, ante todo, recordar la distinción de von Weizsäcker entre el «comienzo» *(Beginn)* y la «iniciación» *(Anfang)* de dicho proceso; esto es, entre la aparición de los sentimientos y los síntomas con que el estado de enfermedad empieza a hacerse patente y el insensible, oculto y acaso remoto orto de los desórdenes orgánicos correspondientes a la enfermedad de que se trate. El lapso temporal entre uno y otra puede ser muy variable. Meses, años pueden transcurrir desde que en un organismo se iniciaron las alteraciones metabólicas propias de la gota hasta que esas alteraciones comenzaron a hacerse subjetivamente sensibles. En cambio, sólo horas o sólo minutos separan la agresión nosogenética de la aparición del síntoma delator en el caso de ciertas intoxicaciones alimentarias. ¿En virtud de qué concausas va lentamente fraguándose en el seno de las células, en el medio interno y en los sistemas intersticiales el desorden que llegado su momento será un vector nosogenético formalmente constituido? De enfermedad en enfermedad y de enfermo en enfermo será distinta la respuesta. En cualquier caso, el «cuando» de que ahora se trata se refiere exclusivamente al comienzo de la enfermedad, no a su iniciación, porque sólo con aquél empieza a estar real y verdaderamente enfermo el enfermo.

Mas no debo pasar adelante sin examinar con cierta voluntad de precisión la cuestión a un tiempo teórica y práctica –puesto que, como veremos, afecta al

ejercicio del diagnóstico– que suscita la cuestión del «sentirse enfermo» y el «estar enfermo». Tres posibilidades pueden darse:

1.ª La alteración orgánica previa al comienzo de la enfermedad es sólo presumible, porque los recursos de la técnica exploratoria todavía no permiten objetivarla. Así se inician, por ejemplo, algunos cánceres viscerales. Con las actuales técnicas diagnósticas, ¿quién podría descubrir que un mínimo grupo de células comienza a multiplicarse morbosamente?

2.ª Esa insensible y previa alteración orgánica puede ser técnicamente detectable por el médico, y efectivamente llega a serlo –por azar, durante un chequeo, con ocasión de una exploración en serie– en un determinado momento.

3.ª El descubrimiento de tal alteración es ulterior al momento en que el sujeto ha comenzado a sentirse enfermo: el caso de la cefalalgia que permite al médico descubrir la existencia de un tumor cerebral.

Pues bien: a la vista de estas tres posibilidades de la experiencia clínica, ¿cuándo podrá decirse que ha comenzado la enfermedad? En mi opinión sólo cuando el «me siento enfermo» del paciente sea confirmable por el «esta persona está enferma» del médico. Quede aquí el tema, en espera de su contexto propio.

Rápido en muchos casos (la crisis estenocárdica, el ictus apopléctico, la punta de costado, el escalofrío solemne), lento en tantos otros (el tumor cerebral, la tuberculosis pulmonar, el cáncer de estómago, la fiebre tifoidea), la enfermedad tiene siempre su comienzo, y éste acontece en una determinada ocasión de la vida del enfermo. ¿Por qué precisamente entonces? ¿Por qué, dentro del curso vital del sujeto, la enfermedad ha comenzado en tal momento y no en otro? Dos pueden ser las respuestas.

a. *Puro azar incomprensible*

Hay casos en que el comienzo de la enfermedad se aproxima mucho a ser *puro azar incomprensible*. A los ojos del considerador más sensible y atento, tal comienzo es un simple *factum*, un «hecho» cósmico del cual ese considerador puede conocer el mecanismo, mas no el sentido. ¿Por qué en un determinado instante de mi vida cae sobre mí la teja que va a lesionarme? ¿Por qué tal enfermedad epidémica ha llegado tal año y no tal otro al país en que vivo, y por qué, en consecuencia, voy a padecerla en tal edad y en tal trance de mi vida, y no en otros? Matizada con precisión mayor o menor por una explicación científica de carácter causal –por ejemplo: «la epidemia llegó entonces porque el barco A, procedente del país B, tocó en el puerto C un día de ese año, y porque casualmente yo traté entonces con tales o cuales personas»–, siempre la respuesta tendrá como nervio estas dos palabras: «por azar». Esas enfermedades podrán ser técnicamente evitadas, si se conoce el mecanismo de su aparición; pero si de hecho se producen, su comienzo nunca dejará de mostrarse más o menos azaroso.

Tal azarosidad de su comienzo, ¿podrá llegar a ser verdaderamente «pura»? Tal vez no. Si yo vivo en una parte de la ciudad en donde por la vejez de las techumbres las tejas se desprenden con frecuencia, y si atravieso una situación vital en que por descuido o por jactancia no quiero tomar precauciones frente a *ese* peligro, la contusión de mi cráneo producida por la caída de una teja tendrá un comienzo en alguna medida comprensible –no solamente explicable– mediante un análisis atento de ese descuido o esa jactancia. Y si por una razón o por otra yo estoy atravesando un trance de depresión vital, y ésta es notoriamente reactiva, mi depresión hará de algún modo comprensible que esa enfermedad epidémica comience en mi vida cuando realmente ha comenzado. De algún modo, en alguna medida, la mera aparición de un hecho explicable y no comprensible se convierte así en el drama de un evento más o menos comprensible, además de explicable. ¿De cuántas enfermedades aparentemente sólo azarosas y sólo factuales podrá decirse esto? ¿De tantas como el optimismo gnoseológico de von Weizsäcker y los subsiguientes cultivadores de la medicina antropológica con frecuencia han afirmado? Sólo un riguroso examen crítico de la realidad de cada enfermo podrá decidirlo.

b. *Oportunidad comprensible*

En transición continua con esos casos –y siempre con la necesidad de apelar al adverbio «preponderantemente»– hay otros en los cuales el comienzo de la enfermedad se aproxima a ser *oportunidad comprensible*. El *arkhé* de la enfermedad, diría un griego, tiene también su *kairós*. La existencia de situaciones vitales especialmente críticas o conflictivas hace que en ellas el enfermar –visible o larvadamente neurótico; recuérdese el caso de las periodontitis oposicionales o esponsalicias– sea de alguna manera «oportuno». Flanders Dunbar mostró con fehacientes datos estadísticos que, en Nueva York, al menos, las fracturas óseas son más frecuentes entre los católicos que entre los protestantes, y las afecciones coronarias más frecuentes entre los protestantes que entre los católicos. En otra parte he expuesto las razones de orden antropológico-religioso que a mi juicio presiden ese doble hecho: inconscientemente regido por su manera de entender y valorar la conducta moral, el protestante vive más «sobre sí» que el católico; lo cual le hace ser más exigente en el control de sus reacciones emocionales y más atento al gobierno de los movimientos de su cuerpo, comprendidos los que comportan riesgo. Sea o no enteramente aceptable esta explicación, ¿no hay en ella una posible vía para responder al «por qué precisamente ahora» en el caso de una fractura ósea y en el de un accidente coronario? Todo clínico exigente debería preguntarse siempre, por la razón del «cuándo» de las enfermedades a que asiste.

2. El período inicial de la patocronia

La realidad nombrada por el término «patocronia» –el curso temporal del proceso morboso, y con él su conceptuación científica– atañe, como es obvio, a

la totalidad de ese proceso. En el capítulo próximo habrá de ser estudiada, por consiguiente. Pero el hecho de que ya en el momento inicial de la nosogénesis empiece a manifestarse la peculiaridad patocrónica de la enfermedad que entonces está comenzando, obliga a terminar el presente capítulo con un breve examen de los dos modos cardinales de tal peculiaridad.

Ya los hipocráticos distinguieron neta y reiteradamente esos dos modos: la enfermedad aguda y la enfermedad crónica. La *enfermedad aguda* se caracteriza clínicamente por su relativa brevedad, por la considerable violencia de su comienzo y por la rapidez del tempo con que se presentan sus síntomas. Sin una tajante separación de ella, porque a este respecto no son infrecuentes los casos dudosos o ambiguos, la *enfermedad crónica* se define ante el médico por las tres notas contrapuestas: relativa duración del proceso, intensidad moderada de los síntomas y tempo lento en la sucesiva presentación de éstos. Además de tener una explicación biológica, ¿posee algún sentido antropológico el contraste entre la enfermedad aguda y la crónica? En ulteriores páginas intentaré dar mi respuesta.

* * *

No quiero poner término a este capítulo sin recapitular brevemente algunas de las intenciones que en él operan. A lo largo de él he pretendido romper y superar descriptiva y conceptualmente varios dilemas que con su aparente claridad vienen perturbando la recta intelección del proceso morboso:

1.º La habitual oposición entre los términos «somatogénesis» y «psicogénesis». Lo que suele llamarse «etiopatogenia» de un proceso morboso no es nunca un proceso puramente somático o puramente psíquico; la etiopatogenia es siempre preponderantemente somática o preponderantemente psíquica.

2.º La no menos habitual contradistinción entre «enfermedad orgánica» y «enfermedad psíquica». En rigor, toda enfermedad orgánica (un cáncer, una gripe o una estenosis mitral) siempre es en alguna medida psíquica, si por «enfermedad» se entiende lo que en páginas anteriores quedó dicho; y, complementariamente, toda enfermedad psíquica (desde la esquizofrenia hasta las más psíquicas de las psiconeurosis) siempre en alguna medida es orgánica.

3.º La frecuentísima contraposición entre la «enfermedad orgánica» y la «enfermedad funcional». El desorden funcional es por definición orgánico, afecta a uno o varios órganos, aunque la función alterada sea psíquica, y no hay lesión orgánica –bioquímica o celular– que no haya sido precedida y no vaya acompañada por desórdenes funcionales.

4.º La idea de que a «lo físico» se opone «lo psíquico». No. «Lo psíquico» es parte de «lo físico», y lo que en el lenguaje habitual se opone a «lo físico» es «lo moral» o –en términos metafísicos y no forzosamente religiosos– «lo espiritual». La psicopatología pertenece, pues, a la fisiopatología.

Más aún: la causa sinéctica de la enfermedad, en cuya formación tiene su término inmediato la nosogénesis, es siempre, aunque a veces no sepamos ob-

jetivarla con seguridad, el *desorden lesional del cuerpo* que por simple manifestación (los síntomas y signos que directamente le manifiestan) o por verdadera reacción (los síntomas y signos en que se realiza la respuesta orgánica y psíquica a tal desorden) da lugar a la enfermedad propiamente dicha. Poco importa que ese desorden lesional sea una lesión celular o una lesión bioquímica, y que ésta consista en la presencia de una sustancia anormal, en la ausencia de una sustancia necesaria o en la alteración de un proceso biofísico y bioquímico. La naturaleza del desorden lesional del cuerpo puede ser muy diversa; pero sin él como causa inmediata, esto es lo decisivo, no puede haber verdadera «enfermedad».

CAPITULO 4

La configuración del cuadro morboso

Enfermar es pasar del estado de salud al estado de enfermedad. En este tránsito, la verdadera causa de la enfermedad es la total situación del sujeto inmediatamente anterior al comienzo del proceso morboso. Dentro de tal situación, y de un modo más azaroso o más comprensible, uno de los factores que la componen se singulariza como vector nosogenético. A él se asocian otros que incrementan su acción, la inhiben o la modulan; y juntos todos forman la causa externa de la afección morbosa. Actuando sobre un sujeto individualmente sensible a ella –conjugándose, pues, con la causa interna o dispositiva–, la causa externa da lugar a una alteración celular y humoral más o menos bien localizada en el organismo y más o menos reversible: es la causa inmediata de la enfermedad, la *aitía synektikê* o «causa conjunta» de Galeno, la primerísima lesión local en la quemadura o el leve y general desorden infeccioso –inmunitario, bioquímico, celular– en los pródromos de la fiebre tifoidea. No será necesario repetir que la génesis de la causa inmediata es un proceso preponderantemente consecuencial, proléptico o proyectivo, según los casos; ni que en esa génesis operan los diversos modos de la retroalimentación o *feed-back* antes señalados; ni, en fin, que tal causa inmediata no es todavía «enfermedad» en sentido estricto, aunque sea ya desorden orgánico.

La acción de la causa inmediata pone en marcha la «enfermedad» propiamente dicha, y lo hace de dos modos distintos y complementarios entre sí, uno consecutivo y otro reactivo-responsivo. Por la vía del primero, aquélla se realiza y expresa según lo que por sí misma es. Un ejemplo: en la intoxicación por monóxido de carbono, la formación de carboxihemoglobina es, entre otros desórdenes bioquímicos menos relevantes, la causa inmediata de la enfermedad. Pues bien, la carboxihemoglobina hace notar su presencia en los hematíes realizándose y expresándose conforme a sus propiedades físicas y químicas. Por la vía del segundo, la causa inmediata opera suscitando una reacción-respuesta, sanadora o deletérea, a su manifiesta condición nociva; reacción-respuesta que es *a la vez y siempre* instintiva y personal, proléptica y proyectiva, cons-

ciente e inconsciente. El cuadro clínico de una inflamación, en cuya integridad se mezclan la acaso compleja estructura de su nosogénesis –no olvidemos las anginas psicosomáticas y las periodontitis esponsalicias–, la inflamación misma y la reacción personal ante ella, puede servir como ejemplo.

Unitariamente fundidos entre sí, estos dos modos de operar la causa inmediata determinan la formal instauración del estado de enfermedad. Vamos a estudiar sucesivamente la etapa inicial de ese estado, la configuración del cuadro sintomático que la patentiza y la reacción personal a la experiencia de la enfermedad así constituida y manifiesta.

I. LA ETAPA INICIAL DEL ESTADO DE ENFERMEDAD

He aquí un individuo poco antes sano y al cual sin la menor reserva ya podemos llamar enfermo. A través de las cambiantes vicisitudes que desde entonces experimente el proceso morboso, vivir es para él «estar enfermo», existir en estado de enfermedad. ¿Cómo se inicia formalmente tal estado? ¿Cómo la nosogénesis da lugar a la *nósos*? Siguiendo paso a paso la marcha real de ese evento, examinaremos con criterio antropológico, no sólo científico-natural, cómo se constituye el estado de enfermedad, en qué consiste éste y cuáles son los modos principales de su evolución inmediata.

1. Constitución del estado de enfermedad

Veamos en primer término *cómo se constituye el estado de enfermedad*. Y para hacerlo con el necesario fundamento, es preciso reiterar algo ya dicho: que el estado vital de la enfermedad es cualitativamente distinto del estado vital de la salud. Desde un punto de vista objetivo, porque, en tanto que momentos integrantes de un estado vital, los desórdenes anatomopatológicos y fisiopatológicos que por afán de simplificación solemos llamar «hiper» o «hipo» son en rigor desórdenes «dis», en el genuino sentido de este prefijo. Lo que por reducción analítica y mensurativa parece ser simple alteración de la cantidad es siempre, referida ésta al todo real a que pertenece, una alteración de la cualidad; la fiebre no es sólo hipertermia, ni la enfermedad de Basedow es sólo hipertireosis. O bien, en términos más generales: desde un punto de vista objetivo, todo desorden morboso es «mutación funcional»; y más aún desde un punto de vista subjetivo, porque el sentimiento de estar enfermo difiere cualitativamente del sentimiento de estar sano. Lo cual no es óbice para que tanto objetiva como subjetivamente, tanto, pues, en el aparato exploratorio como en el sentimiento del enfermo, parezca haber una transición continua entre uno y otro estado, porque la alteración cualitativa de la vida orgánica y psíquica que trae consigo la nosogénesis comienza siendo mínima; y aunque la intensificación de aquélla sea muy rápida, como sucede en la crisis estenocárdica y en el

ictus apopléctico, jamás deja de ser proceso temporal, nunca llega a ser, en el sentido más riguroso del término, *motus instantaneus*.

¿Cuándo, pues, comienza formalmente el estado de enfermedad? Ya lo sabemos: cuando se ha constituido la alteración orgánica en que la enfermedad tiene siempre su causa inmediata, cuando el sujeto la siente y, apurando las cosas al máximo, cuando el médico ha podido decir «Esta persona está enferma». Triple exigencia que de nuevo pone ante nosotros las dos posibilidades extremas anteriormente apuntadas.

a. *Lesión orgánica desconocida*

Hay una lesión orgánica totalmente desconocida, porque el sujeto portador de ella no experimenta el menor sentimiento de enfermedad y nunca ha sido médicamente explorado. Un día, por la razón que sea, tal lesión es descubierta. ¿Diremos que antes de ese hallazgo dicho sujeto estaba enfermo sin saberlo? A mi juicio, no, porque la lesión no había llegado a producir en él un modo de vivir aflictivo y anómalo. Para en rigor «estar enfermo», en el sujeto se da entonces una condición necesaria, mas no la condición a la vez necesaria y suficiente. Y si después de detectada la lesión sigue inexistente el sentimiento de enfermedad, ¿diremos que el individuo en cuestión no está formalmente enfermo? A mi juicio, tampoco, porque desde entonces, en la cotidiana realización de su vida, ese individuo no podrá no tener presente la existencia de tal anomalía en su organismo. Aun cuando quiera olvidarse y a veces se olvide de ello, estará formalmente enfermo.

b. *Sentimiento de enfermedad sin lesión detectada*

Son en ocasiones expresados sentimientos de enfermedad sin que el médico pueda hallar en el organismo del paciente lesiones que a su juicio los justifiquen. ¿Qué hará entonces? Una de estas dos cosas: o pensará que el sentimiento de enfermedad de que habla el sujeto no es real, y tendrá a éste por simulador, es decir, por no-enfermo, o creerá que es real ese sentimiento y, con un diagnóstico de «neurosis» o sin él, tendrá por realmente enfermo a su paciente. Más adelante estudiaremos el proceso mental que da lugar a esa creencia.

En esquema, he aquí, pues, cómo se constituye el estado de enfermedad. El vector nosogenético da consecuencial y reactivamente lugar a la formación de la causa inmediata de la afección de que se trate; causa que suscita la reacción-respuesta, a la vez psíquica y orgánica, del organismo afecto, y con ella la condición necesaria para el «estar enfermo»; condición, en fin, que se hará necesaria y suficiente cuando el enfermo mismo, movido por su experiencia, pueda decir con convicción «Yo estoy enfermo», y más aún cuando el médico emita su diagnóstico con fundamento técnico, diciendo «Esta persona está enferma».

2. Consistencia del inicial estado de enfermedad

Tratemos ahora de conocer con rigor suficiente en qué consiste el estado de enfermedad, ya desde su etapa inicial. Para lo cual habremos de preguntarnos si con anterioridad a la aparición de síntomas bien caracterizados y a la constitución real de los múltiples modos de enfermar que son las especies morbosas –la fiebre tifoidea, la úlcera gástrica, la esquizofrenia, la diabetes– hay realmente un inicial y previo «estado de enfermedad», a un tiempo psíquico y orgánico, que luego se especifica en las diversas «enfermedades». Sin olvidar nunca la radical unidad entre ambos, examinemos la cuestión desde los dos puntos de vista implícitos en lo dicho, el psíquico y el orgánico.

a. *El punto de vista psíquico*

El enfermo siente que «está enfermo». ¿Hay en todos los posibles modos particulares de sentir inicialmente la enfermedad –dolor, vértigo, vómito, embotamiento, escalofrío, depresión psíquica, astenia, impotencia motora, angustia, ansiedad, amnesia, anopsia– un sentimiento básico, común a todos ellos? Pienso que sí: es ese malestar anómalo y amenazante de que hablé en el capítulo precedente. En cuanto sentimientos empíricos, todos esos modos de sentir la enfermedad son, ciertamente, irreductibles entre sí; pero en el «fenómeno de la enfermedad», en el sentido que un secuaz de Husserl daría a esta expresión, fenómeno cuya raíz es el malestar anómalo y amenazante, se funden varias vivencias elementales. Por lo menos, las siete siguientes:

1.ª La *invalidez*. Al sentimiento del cuerpo en estado de salud pertenece esencialmente, como vimos, la tácita o expresa vivencia del «yo puedo»; estando sano, y dentro de los límites impuestos por la condición específica, típica e individual de mi cuerpo, yo puedo ver, andar, comer, pensar, hablar, etc. Pues bien: al fenómeno de la enfermedad pertenece, entre otras cosas, la vivencia tácita o expresa de un «yo no puedo» parcial. La muerte es un no-poder-hacer de carácter total; la enfermedad, un no-poder-hacer de carácter parcial: no poder trabajar, ver, andar, hablar, recordar, digerir bien, levantar un brazo, anudarse el zapato, tratar con tales o cuales personas, exhibir sin molestia íntima una región de la piel, etc. En mayor o menor grado, en una forma o en otra, el enfermo es ante todo un inválido, un des-valido. Recuérdese el común sentido de las palabras *infirmitas, asthéneia, maladie, disease* y otras semejantes.

2.ª La *molestia*, el dolor físico *latissimo sensu*. La vivencia primaria del estado de salud es el «bienestar»; la de la enfermedad, el «malestar», un malestar incomprensiblemente surgido en la conciencia y del que en su comienzo no sabemos decir nada muy preciso, ni respecto de su cualidad sentimental (ansiedad, depresión, dolorimiento, apatía, desgana, desvalimiento, obtusión, desesperanza, etc.), ni respecto de su localización somática. La molestia producida por la enfermedad es, en principio, impreciso, difuso, inmediato e incomprensible malestar.

3.ª La *amenaza*. Cierto vago sentimiento del riesgo de morir pertenece como hábito a la constitución de la existencia humana –no será necesario recordar el ontológico *Sein-zum-Tode*, «ser-para-la-muerte» o «ser-a-muerte» heideggeriano–, aunque tantas veces no llegue a manifestarse como vivencia expresa. Pues bien: por ella misma, como en la angina de pecho sucede, o a través de la experiencia de ver morir a los enfermos, como en el caso de tantas enfermedades infecciosas, la enfermedad es uno de los más comunes y más poderosos agentes para la cristalización vivencial de este radical ingrediente de nuestra existencia. Sentirse enfermo es vivir con intensidad mayor o menor el riesgo de morir. El enfermo siente amenazada desde dentro de sí mismo la posibilidad de realizar ciertos proyectos de vida anteriores a su enfermedad («muerte biográfica», aniquilamiento de un poder-hacer parcial) o, si la dolencia se hace más grave, la posibilidad de seguir existiendo en el mundo («muerte biológica», advenimiento de un no-poder-hacer total).

4.ª *La succión por el cuerpo*. Se ha dicho muchas veces que la salud consiste en no sentir el cuerpo propio y la enfermedad en sentirlo penosamente. El cuerpo sano está mudo para su titular; el cuerpo enfermo le habla sin palabras, le hace notar aflictivamente que existe. La verdad es que el cuerpo sano también habla a su titular; recuérdese lo que páginas atrás se dijo acerca de la experiencia íntima del cuerpo propio. Pero este «decir» del cuerpo sano, sobre ser algo así como una casi silenciosa música de fondo en el sentimiento de la existencia propia, mueve secretamente al hombre al cumplimiento de su vida personal en el cosmos, con los otros hombres y dentro del mundo que solemos llamar del espíritu o de la cultura; por tanto, a trascender su propia corporalidad. La salud, en suma, nos permite contar con nuestro cuerpo para, desentendiéndonos de él, trascenderlo, ir más allá de sus límites.

Normalmente, la vivencia del cuerpo cobra localización y cualidad a favor, sobre todo, de la intención. Si me propongo mover un brazo o si pongo atención en una determinada zona de mi organismo, mi brazo o esa región se me hacen subjetivamente presentes y se me muestran como «míos». Diríase que el intracuerpo llega a serme patente «desde arriba», como el suelo de una habitación oscura bajo el cono de luz de una linterna sorda. Bien distintas son las cosas en el estado de enfermedad. Mi cuerpo, en tal caso, se me hace localizada y cualitativamente patente desde él mismo, de un modo aflictivo y como consecuencia de un proceso psicoorgánico que para mí resulta forzoso e incomprensible. Quiéralo yo o no, se me enajena sin dejar de ser mío, me llama hacia sí mismo con voz insólita y doliente, se subleva contra mí como un personaje en busca de autor. No es ahora un suelo oscuro parcialmente iluminado por la lumbre de mi intención, sino esa inesperada presión o ese vacío insospechado que un temblor de tierra en la oscuridad pone sobre mí o dentro de mí. Tengo que vivir entonces pendiente de la sensación de mi cuerpo, como sorbido por éste, como obligado a verterme psíquicamente hacia él. La «succión por el cuerpo» se hace así una de las vivencias elementales de la enfermedad.

5.ª La *soledad*. Hay, por supuesto, muchos y muy diversos modos de la soledad; entre ellos, con características bien peculiares, el propio del enfermo: la

soledad no querida en que la enfermedad físicamente nos sume. Scheler y Ortega han subrayado la total incomunicabilidad de los sentimientos vitales relativos a nuestro cuerpo. A diferencia de lo que con el dolor moral y la alegría acontece, el sentimiento gustoso de saciar la sed y el sentimiento penoso del dolor de muelas son de quien los experimenta y de nadie más. El dolor corporal es «el dolor de cada uno», según una fina expresión de Osvaldo Loudet. La enfermedad, por tanto, aísla; y no sólo porque impide al enfermo el trato normal con los otros hombres, también porque clava su atención sobre sentimientos penosos que él y solo él puede padecer; en definitiva, porque le fuerza a vivir «sorbido» por su cuerpo.

6.ª La *anomalía*, el correlato subjetivo de la «anormalidad» que en su descripción de la enfermedad consigna la patología objetiva. A la «omalía» de la salud –recuérdese la significación del adjetivo griego *omalós*– se opone la «anomalía» de la enfermedad. Pues bien: en este subjetivo y elemental sentido, el enfermo se siente anómalo, tanto respecto de la fácil regularidad de su vida antes de enfermar, como respecto de la apariencia no anómala de los no enfermos que le rodean.

7.ª El *recurso*. En cuanto que la vida es siempre «vida hacia», toda situación nueva puede ser un recurso –o una rémora– para movernos hacia aquello a que ese «hacia» apunta. Así, de varios modos, el estado de enfermedad. El enfermo siente oscuramente que su dolencia, además de invalidarle, afligirle, amenazarle y aislarle, puede servirle para algo. A veces, del modo más primario y elemental, porque la enfermedad puede ser secretamente placentera, como un misterioso episodio nupcial del vivir humano en que el *érôs thanatikós* –en el cual abismalmente se funden el instinto de la muerte y el ansia de inmortalidad– fuese invisible protagonista. En ocasiones, por la vía del doblete aflicción-iluminación antes mencionado. Sólo según él podrían entenderse ciertos estremecedores textos de Nietzsche. En otros casos, de manera harto más mediata y elaborada. Puesto que la salud no es sólo bienestar y facilidad, es también responsabilidad y quehacer, la enfermedad puede servir para evadirse de los quehaceres y las responsabilidades que la salud impone, y entonces es vivida como «refugio», subconscientemente buscado en las enfermedades histéricas y subconsciente o conscientemente descubierto y utilizado en las enfermedades más orgánicas y azarosas. Mas no sólo para todo lo dicho «sirve» la enfermedad. Hay también pacientes en los que el estar enfermo llega a ser ocasión e instrumento para la creación de una vida nueva. Pascal compuso una *prière pour demander à Dieu le bon usage des maladies;* Novalis propugnó el cultivo del «arte de utilizar las enfermedades». ¿Cuántos no son los intelectuales y los artistas a quienes la inmovilidad y el aislamiento impuestos por una afección morbosa han permitido ampliar y perfeccionar su obra? En tales casos, como en los que la enfermedad es refugio, es seguro que en el fenómeno de ella hubo una primaria y elemental vivencia de recurso.

Una reflexión final. La invalidez, la molestia, la amenaza, la succión por el cuerpo, la soledad, la anomalía y el recurso son las vivencias integrantes del

fenómeno de la enfermedad. Con predominio más o menos perceptible de unas u otras, todo enfermo las lleva en su alma. Más exactamente, en su alma y en su cuerpo, porque sólo por modo preponderante son psíquicas. Todas las estructuras psicoorgánicas de la realidad humana –operativas, impulsivas, signitivas, cognitivas, expresivas, pretensivas, posesivas– se ponen en juego para que el fenómeno de la enfermedad sea el que efectivamente es. *Nullum phaenomenon sine corpore*, hay que decir a los fenomenólogos; porque en su búsqueda de esencias puras y modos de ser, no pocas veces han olvidado o preterido la realidad del cuerpo.

En el fenómeno de la enfermedad, el organismo parece limitarse a imponer a la psique la experiencia de registrar pasivamente, bajo forma de cenestesia anómala, perturbación del esquema corporal o desorden de la sensibilidad propioceptiva de alguna de sus partes, la alteración humoral, celular y dinámica que en él ha introducido la más inicial etapa del estado de enfermedad; no otra cosa significarían las vivencias de invalidez, molestia, amenaza, succión por el cuerpo y soledad. Pero un examen más detenido de cada una de ellas pronto hace ver la diversa actividad orgánica ínsita en su estructura. El «no puedo» de la invalidez no es la mera carencia del «poder» propio de la parte afectada; como en relación con los síntomas neurológicos de déficit nos hicieron ver von Monakow, Goldstein y von Weizsäcker, aquellos dos con mentalidad más biopatológica, éste con mentalidad más antropopatológica, el «no poder» del estado de enfermedad es siempre el resultado de una adaptación activa del todo del organismo a la situación creada por una deficiencia local. En la vivencia de la molestia y la amenaza hay por esencia reacción-respuesta, y ésta es siempre psicoorgánica. La posibilidad de recurso no podría ser vivida sin la actividad neurofisiológica de las estructuras *go* («¡adelante!»), y así en los demás casos. Más aún: hasta lo que en la realidad del hombre más visiblemente depende de su instalación en la sociedad y más estrictamente procede de su condición personal –la libertad, la responsabilidad, la apropiación– tiene siempre parte en el fenómeno de la enfermedad. Así nos lo mostrará más adelante el análisis de los modos de vivir psíquica y orgánicamente en que esas vivencias elementales cristalizan: los síntomas.

b. *El punto de vista orgánico*

Desde él considerado el estado de enfermedad, ¿hay en su curso una etapa inicial, previa a su concreción en especies morbosas y común por tanto a todas ellas? El organismo humano, ¿comienza a estar orgánicamente enfermo de un modo preespecífico e indiferenciado?

Varios patólogos de los últimos decenios han sugerido la posibilidad de dar una respuesta afirmativa a estas interrogaciones. Hans Eppinger sostuvo que la enfermedad comienza en muchísimos casos, si no en todos, por un desorden en la permeabilidad de los endotelios; más precisamente, por una alteración dinámica del que él llamó «sistema tricameral» –plasma sanguíneo, interior de la célula y espacios intersticiales–, con producción de cierta «albuminuria celu-

lar». En su etapa inicial, la acción nociva de agentes patógenos tan distintos entre sí como la histamina, varias sustancias tóxicas y la fatiga excesiva coincidiría en lo que sumarísimamente acabo de exponer.

Mayor resonancia ha tenido y sigue teniendo la doctrina a que su creador, Hans Selye, dio el nombre de «síndrome general de adaptación», ya mencionado en páginas anteriores; resonancia a la cual no poco ha contribuido, aparte la total o parcial confirmación de su contenido, la expresa referencia de su autor a uno de los rasgos más notorios e hirientes de la vida actual, el estrés, el hecho de que la *life under stress*, la vida y la figura del «hombre a prueba», según la certera expresión de Rof Carballo, tantas y tantas veces se nos imponga como ineludible. El «síndrome general de adaptación» sería una respuesta inmediata, genérica y adecuada –anticipativa, proléptica– a la acción de los más diversos agentes morbígenos (tóxicos, traumas somáticos y psíquicos, estrés, frío y calor, rayos X, etc.), y se hallaría integrado por una hipertrofia funcional y reversible de la corteza suprarrenal (consecutiva a la descarga de las hormonas corticotrópicas y somatotrópicas de la hipófisis, y por tanto a un desorden hipotalámico), cierta involución tímico-linfática (linfopenia, eosinopenia) y leves trastornos intestinales. Dentro del marco creado por esta doctrina de Selye deben ser situadas, a mi juicio, las investigaciones de J. W. Mason a que anteriormente aludí, relativas a la diacronia de la reacción endocrinológica –reacción-respuesta, más bien– al estrés psicoorgánico.

Más formal y teorética es la tipificación del curso general del enfermar –de la patocronía *in genere*– según las etapas que Viktor von Weizsäcker denominó «neurosis», «biosis» y «esclerosis». Recuérdese lo ya apuntado acerca de ella. La mutación funcional *(Funktionswandel)* en que la enfermedad consiste empezaría siendo «neurosis», en la muy amplia acepción que von Weizsäcker ha dado a esta palabra: conjunto de tenues y lábiles alteraciones funcionales en el ritmo, la dirección y la proporción de los procesos de absorción, secreción, quimismo, sensación y movimiento; alteraciones que por el hecho de poder desaparecer de un momento a otro son por él llamadas *zeitlose*, «intempóreas», a mi juicio con error, porque nada hay en la dinámica del organismo que sea ajeno al tiempo; «lábilmente tempóreas» habría que llamarlas. Si el estado de enfermedad se prolonga, la «neurosis» se convierte en «biosis»; situación en la que se producen modificaciones todavía reversibles en las estructuras hísticas y celulares: inflamaciones, neoformaciones, degeneraciones, etc. Su curso en el tiempo, menos fluido, más lento, impide el restablecimiento súbito; el desorden es resueltamente procesal, y por tanto tempóreo *(zeitgebunden)*, «viscosamente tempóreo», cabría decir. Vienen por fin las «esclerosis». Las alteraciones estructurales son ahora irreversibles, y desde el punto de vista del tiempo biológico representarían «lo histórico» *(das Geschichtliche)* de la enfermedad; «lo testificativo», lo que el anatomoclínico y el anatomopatólogo ven como «resto documental» del proceso que las constituyó, sería preferible decir. En la misma línea debe ser situada la ordenación cronobiológica de los procesos morbosos según los tipos patocrónicos que W. Doerr, V. Becker y K. Goertler denominan «ortobiosis», «alobiosis», «patobiosis», «necrobiosis» y «necrosis».

La etapa inicial común del enfermar correspondería a la «neurosis» y a su conversión en «biosis», dentro del esquema de von Weizsäcker, y a la «ortobiosis», la «alobiosis» y la transición de ésta hacia la «patobiosis», en el de Doerr.

Cualquiera que sea el área de validez de estas doctrinas, no parece que *todos* los distintos modos de enfermar comiencen con un mismo desorden orgánico. No es fácil imaginar, por ejemplo, que en una neumonía, en un tumor cerebral, en una diabetes sacarina y en una neurosis obsesiva pueda ser observado, como primera reacción a sus respectivas y bien diferentes causas inmediatas, un cuadro orgánico común. Más bien debe pensarse que en la fase inicial del estado de enfermedad haya, eso sí, unos cuantos modos típicos –distintos por su contenido, aunque tal vez unificables desde un punto de vista formal, a la manera de von Weizsäcker o a la de Doerr–, capaces cada uno de englobar dentro de sí, como simples posibilidades evolutivas, especies morbosas que se definirán lesional y clínicamente, si el proceso continúa. Existe, desde luego, el estado de enfermedad, y en él coinciden, por distintas que entre sí sean, todas las posibles enfermedades. Pero tal estado –aunque susceptible de reducción al fenómeno de la enfermedad antes expuesto– no puede ser el bien acotado conjunto de una serie de notas de carácter empírico, objetivas unas y subjetivas otras.

c. *Pasión y acción*

Unificando ahora los dos puntos de vista, el orgánico y el psíquico, hay que subrayar que, ya desde sus etapas iniciales, el estado de enfermedad, como el vector nosogenético que lo pone en marcha, es *un modo de vivir a la vez padecido y hecho*. Más o menos directamente apoyado en la cosmología estoica, sostuvo Galeno que de los dos principios de la realidad en que esa cosmología se funda, el activo *(tò poioun)* y el pasivo *(tò páskhon)*, sólo el segundo podría ser afectado por la enfermedad; ésta, en consecuencia, sería siempre *páthos*, afección pasiva. Lo cual, como demostrará el curso de la patología moderna, no pasa de ser una parte de la verdad. Con su idea del *conamen naturae*, Sydenham afirmará taxativamente que, además de *páthos*, la enfermedad es *érgon*, operación activa y obra de esa operación. Idea que, a lo largo de un proceso de creciente antropologización, von Monakow, Freud, Goldstein, von Weizsäcker y los teóricos de la patología psicosomática incorporarán al pensamiento médico de nuestro siglo. Desde su oscura iniciación remota, y por supuesto desde su comienzo ostensible, la enfermedad humana es *a la vez* afección pasiva y activa creación, inconscientes y conscientes ambas, del sujeto enfermo; aun cuando esta última tenga en tantas ocasiones muy escasa importancia práctica. Ocasión habrá de verlo en las páginas subsiguientes.

3. Modos de evolución

Debemos por fin examinar las *distintas posibilidades de evolución* del inicial estado de enfermedad. Tres parecen ser las principales.

a. *Regresión al estado de salud*

Con gran frecuencia se produce una *regresión al estado de salud*. Antes de manifestarse como «neumonía» o como «intoxicación alimentaria» –por tanto: antes de saber que el incipiente y vago estado de enfermedad es debido al neumococo o a un tóxico ingerido con los alimentos; más aún, antes de constituirse clínicamente según el cuadro de la neumonía o el de la gastroenteritis–, tal estado desaparece sin dejar rastro. En su forma más leve y más pura, es la *restitutio ad integrum* de que hablaban los viejos clínicos. Más que «tal enfermedad», lo que el sujeto ha padecido y hecho en tal caso es, muy levemente, «enfermedad» a secas, desorden morboso que no ha pasado de ser una «neurosis», en el sentido patocrónico antes consignado, o la «alobiosis» de Doerr y sus colaboradores.

¿Cuántas veces no acontece esto en la vida de cada día? ¿Cuántos y cuántos malestares fugaces no son en rigor sino iniciales estados de enfermedad que desaparecen sin intensificación y especificación ulteriores? En un libro famoso, Freud habló de la «psicopatología de la vida cotidiana». Con mayor razón cabría escribir otro acerca de la «somatopatología de la vida diaria». Una somatopatología en la cual, apenas aparece necesario decirlo, lo psíquico tendría tanta importancia como lo somático.

b. *Intensificación y especificación*

No son menos frecuentes la intensificación y la especificación del inicial estado de enfermedad, de ese mero «estar enfermo». Haciéndose más intensa y cobrando perfiles objetivos y subjetivos, «la» enfermedad va convirtiéndose en «tal» enfermedad; el mero «estar enfermo» se trueca en un bien definido cuadro sintomático. Acto seguido vamos a ver en qué consiste ese proceso.

c. *El «paciente-problema»*

La enfermedad se sintomatiza, pero no se especifica; esto es lo que acontece en los enfermos que Earley y von Mering han denominado *problem-patients*, «pacientes-problema», y que en las clínicas norteamericanas suelen ser llamados *fat file*, «protocolo grueso», por lo abundantes que suelen ser sus historias clínicas en datos exploratorios de toda especie. Se trata de pacientes en los cuales, por obra de condicionamientos en cuya estructura la peculiaridad biológica, la peculiaridad biográfica y personal y la situación en la sociedad se mezclan atípicamente, apenas es posible establecer un diagnóstico específico convencional. No es pequeño su número. En ciertas policlínicas llega hasta el 30 por ciento de los casos atendidos.

II. LA SINTOMATIZACION DE LA ENFERMEDAD

La palabra castellana «síntoma», como sus homólogas en las restantes lenguas cultas, proviene del sustantivo griego *sýmptôma* (acontecimiento fortuito,

coincidencia, caso), y éste del verbo *sympiptô* (caer sobre, encontrarse). Etimológicamente, pues, síntoma es lo que cae o se precipita desde el seno del organismo al plano de la realidad empírica, cuando se actualiza como realmente *nosógena* la causa inmediata de la enfermedad. Galeno usó indistintamente las palabras *sýmptôma* y *symbebêkós*, término este último con el que Aristóteles había designado el modo de ser que los aristotélicos medievales llamarían *accidens*, accidente, por oposición a *substantia:* todo lo que para ser realmente necesita, a modo de soporte, la realidad sustancial a que afecta, como la blancura respecto de la nieve o del mármol. Y puesto que, como veremos, para los aristotélicos y para Galeno la enfermedad no es «sustancia», habremos de concluir que en la vieja patología el síntoma es *accidens accidentis*, accidente de un accidente.

En conexión remota con esa etimología, dos pueden ser los conceptos del síntoma. Si nuestro punto de vista es el genético, llamaremos síntoma a cada uno de los modos parciales de realizarse y mostrarse orgánica y psíquicamente –psicoorgánicamente, más bien– el estado de enfermedad: el vómito, la fiebre, el temblor, la tristeza patológica, la afasia, la idea obsesiva, etc. Y si consideramos el síntoma en sí mismo, esto es, fisiopatológicamente, daremos ese nombre a cada uno de los modos particulares del desorden de las acciones y las funciones vitales del individuo enfermo; desorden que, como sabemos, es siempre pasivo y activo, pático y érgico o pático y poético, si a esta última palabra se la quiere entender según su etimología (*poíêsis*, en griego, significa «producción de algo»).

Basta lo dicho para advertir que la realidad del síntoma es siempre psicoorgánica; a la realidad del vómito pertenecen simultáneamente lo que en él es movimiento epigástrico diafragmático y gástrico, el más o menos perceptible condicionamiento psíquico de su génesis y la vivencia que ese triple movimiento determina. Los síntomas que solemos llamar orgánicos, somáticos o corporales –fiebre, tumoración, ictericia, disnea, etc.– tienen siempre en su estructura un momento psíquico, y en los síntomas que solemos llamar psíquicos –idea obsesiva, delirio, tristeza patológica, hipertimia morbosa– nunca falta un momento orgánico. Otro caso en que se impone el empleo del adverbio «preponderantemente».

Afirmado lo cual, estudiaremos sucesivamente la constitución real del síntoma, el proceso de su génesis, el problema de su especificación y los criterios para clasificar su copiosa diversidad.

1. La constitución real del síntoma

He aquí un síntoma cualquiera: la fiebre, la disnea, la ictericia, la ansiedad patológica, una alucinación visual. En lo que de «síntomas» tienen, ¿qué son en común, bajo tan diferente apariencia, todas esas alteraciones morbosas? A través de su enorme diversidad, ¿poseen los síntomas que el médico contempla una estructura formalmente equiparable? En mi opinión, sí. Pienso, en efecto,

que en todos y cada uno de ellos se integran de vario modo y en proporción distinta tres momentos, correspondientes a los tres modos cardinales con que se muestra la causación de los cambios de estado.

a. *Momento biofísico y bioquímico*

Incluidos los que, como la idea obsesiva y la idea delirante, parecen ser puramente psíquicos, todos los síntomas poseen en su estructura un más o menos patente factor biofísico y bioquímico, y por tanto anatomofisiológico. En la ictericia, por ejemplo, ese momento se halla visiblemente constituido por el color amarillo o verdoso de la piel, el cual es mera consecuencia fisicoquímica de la existencia de pigmentos biliares en el espesor de la dermis. En los vómitos llamados «centrales» –tumores cerebrales, acción de la apomorfina, etc.–, el factor orgánico del síntoma está compuesto por el anormal movimiento del diafragma y el estómago y por el desorden neurofisiológico de las formaciones encefálicas que regulan la motilidad diafragmática y gástrica; desorden que por modo más tenue y fugaz tiene que existir también en la estructura de los vómitos llamados «psíquicos» o «psicógenos». Mucho menos patentes son las cosas en la idea obsesiva o en la idea delirante; pero es seguro que, en cuanto que síntomas sólo preponderantemente psíquicos, una y otra son expresión subconsciente y consciente de una sutil y reversible alteración neurofisiológica que algún día llegará a conocerse con precisión, y que hoy, casi a ciegas, puede ser y es parcialmente gobernada mediante los psicofármacos y las lobotomías. Bien recientemente ha comenzado Pauling a hablar de la «patología molecular de la esquizofrenia». Y es de justicia señalar que alguna razón asistía a Charcot y a Sollier cuando –imaginativamente, por supuesto–, explicaban con mentalidad anatomoclínica la patogenia de los síntomas histéricos.

En el momento biofísico y bioquímico del síntoma –en todo lo que en él es, dicho con lengua actual, patología molecular– se integran y funden la causa inmediata de la enfermedad de que se trate (la «lesión» más primitiva), la expresión consecuencial de dicha causa (recuérdese lo dicho acerca de la carboxihemoglobina y de la ictericia) y la expresión molecular, todo lo tenue que se quiera, de la respuesta orgánica y personal a ella (la manifestación orgánica, fisicoquímica a la postre, de lo que de actos reactivos a una situación tengan el vómito o la disnea). Aunque parezca bizantino, no por eso deja de tener fundamento real este metódico discernimiento. El hecho de que la realidad biofísica y bioquímica del síntoma sea resultativamente «una» no quiere decir que tal realidad no posea genéticamente estructura compleja.

El momento biofísico y bioquímico del síntoma puede ser, en fin, patente o latente. El sucesivo enriquecimiento y el afinamiento creciente de la exploración clínica han ido haciendo patentes momentos fisicoquímicos del enfermar humano que antes quedaban latentes o insospechados a los ojos del médico: la hiperglucemia, la uricemia, la potasemia, las diversas disproteinemias, las alteraciones anatómicas que hacen ver la gammagrafía y el escanógrafo, etc. Pues bien: cuando a favor de la percepción sensorial e inmediata o mediata y técni-

ca de su momento físico y químico un síntoma llega a ser patente y conocido, se trueca *eo ipso* en «signo» del correspondiente estado de enfermedad o de la entidad morbosa a que corresponda. Signos son, según esto, la tos (en cuanto que la veo y la oigo), el oscurecimiento dérmico del addisoniano, una alteración del electrocardiograma, un estertor crepitante y la conducta visible (no el simple relato de «lo que le pasa») del neurótico obsesivo. Precisión inicial que nos invita a considerar brevemente lo que acerca del signo dicen quienes sobre él han pensado. A la cabeza de ellos, el filósofo Husserl.

De un modo muy general, «signo» (*Zeichen* en la terminología de Husserl) es todo dato perceptivo que directa o indirectamente denuncia la existencia de una determinada realidad: el humo es signo del fuego; la bandera, signo de la nación a que pertenece; la risa, de la alegría del alma; la expresión verbal «Sírvame una cerveza», de un sentimiento de sed. Basta un examen atento de esta enumeración para descubrir que hay dos órdenes de signos: el signo indicativo o «señal» (*Anzeige*) y el signo expresivo o «expresión» (*Ausdruck*). La señal se limita a indicar la realidad por ella anunciada o denunciada. Podemos sin duda entender el mecanismo, unas veces arbitrario y convencional (convencionalmente son elegidos, por ejemplo, los colores de una bandera) y otras natural y necesario (la producción física y química del humo, respecto del fuego de que es signo), por obra del cual el signo existe como tal señal; pero no podemos descubrir una conexión de sentido entre ésta y la realidad por ella denunciada. En la acepción rigurosa y técnica de la palabra, ¿qué sentido tiene el hecho de que el rojo, el blanco y el azul, y no otros, sean los colores de la nación francesa? La expresión, en cambio, nos permite percibir, además de un mecanismo, del «por qué» y el «cómo» de su producción, su sentido propio, el «para qué» de su existencia significativa. El gesto de salutación, por ejemplo, es expresivo porque ante él me es posible e incluso obligado responder a una pregunta «para qué»: ese gesto sirve, en efecto, para que los que se saludan se muestren mutuamente la intención de relacionarse pacífica o amistosamente entre sí.

Rudolf Allers aplicó hace años a la semiología clínica las precisiones fenomenológicas de Husserl. El color verde del ictérico, el exantema del sarampión y el estertor crepitante de la neumonía lobar son simples señales –naturales y necesarias, eso sí– del desorden orgánico respectivamente subyacente a ellas. Más generalmente: el momento inmediata y sensorialmente perceptible de un síntoma, siempre resoluble en procesos fisiopatológicos, y éstos en procesos biofísicos y bioquímicos, por tanto moleculares, es mero signo indicativo, simple señal de la interna realidad morbosa de aquél: la tos, respecto de la irritación de la mucosa bronquial; la hematuria, respecto de la efracción de algún vaso *en tal o cual nivel del aparato urinario*; la *hiperglucemia*, respecto de una determinada perturbación del metabolismo de los hidratos de carbono. Limítase la señal, por tanto, a denotar más o menos ciertamente la interna existencia de tal realidad. Sólo el ulterior descubrimiento de la realidad así señalada –mediante la necropsia o la intervención quirúrgica, en el caso de las lesiones anatómicas– convertirá en «cierta» una indicación que antes no pasaba de ser «probable». Antes de hacer patente que un tumor de la cabeza del páncreas

oprime el conducto colédoco, el color verde de la piel del sujeto se limitaba a indicar que éste era un ictérico por obstrucción, y no un hábil simulador que se había teñido de verde la piel.

Tres órdenes de síntomas pueden ser distinguidos, desde el punto de vista de su momento biofísico y bioquímico. En el primero predomina ese momento, y la aparición del signo tiene un carácter preponderantemente consecuencial; tal es el caso en los traumas mecánicos, en las quemaduras, en las acciones cáusticas, en las intoxicaciones. Por vía meramente consecuencial pueden ser explicados, valgan estos dos ejemplos, la crepitación ósea del foco de una fractura y el espectro óptico revelador de la carboxihemoglobina en la intoxicación por monóxido de carbono. En el segundo prepondera la configuración estructural e instintiva de los procesos biofísicos y bioquímicos a que conduce el análisis cientificonatural del síntoma. Esto es lo que acontece en la tos, la disnea, el vómito, el temblor, la arritmia cardíaca; en la inmensa mayoría de los que pertenecen a alguna de las llamadas enfermedades internas. En el tercero, en fin, el momento biofísico y bioquímico desempeña dentro de la total figura del síntoma, un papel notoriamente subordinado. Así lo ponen de manifiesto, entre otras, las neurosis traumáticas en que la lesión desencadenante no pasa de ser un pretexto subconsciente para el «refugio en la enfermedad». Necesariamente habrá de reaparecer el tema.

b. *Momento instintivo*

Cuando en la producción del síntoma prepondera su momento biofísico y bioquímico, los procesos materiales que le dan su figura tienen, preponderantemente también, un visible carácter consecuencial; considere el lector los ejemplos mencionados. Otro es el caso cuando es el momento instintivo el que predomina. En sí mismo considerado, el instinto biológico es, como sabemos, una propiedad estructural del organismo, la pulsión resultante de configurarse de un determinado modo –por tanto: conforme a cierta estructura– los procesos biofísicos y bioquímicos a que siempre conduce el análisis científico del organismo y de que éste recibe su energía básica; actividad que muestra una energía de apariencia cualitativamente nueva, la propia de cada instinto, se halla regida por el doblete estimulación-anticipación proléptica y ofrece, al menos como problema, la posibilidad de su comprensión, porque todo movimiento instintivo, animal o humano, tiene un «para qué» a los ojos de quien lo contempla.

Síntomas en que prepondera el momento instintivo de su estructura son, como acabo de decir, casi todos los que se presentan en las enfermedades internas; y con ellos no pocos de los que dan manifestación somática a muchas neurosis, sea organoneurótico o psiconeurótico su carácter. Todos los instintos pueden ponerse en juego en la sintomatización de la enfermedad. Las distintas formas del instinto de conservación, en las enfermedades internas; él es, en efecto, el que en su base tienen, cuando con mente biológica y totalizadora se las entiende, la disnea, la hiperemesis, la parálisis, la afasia y la apraxia, la fie-

bre, la inflamación, etc. El instinto sexual, en las dolencias en que, por modo patente o latente, morbosamente está operando la libido. El de poderío y el de agresión, en los casos en que uno u otro sean protagonistas. Esta diversidad no impide, sin embargo, la consideración general de todos los síntomas en que sea una actividad instintiva lo que predomina.

Dos observaciones se imponen ahora. La primera atañe al sujeto de tal actividad. En el animal, ese sujeto es pura y simplemente un organismo; por tanto, una estructura energético-material pura y simple. En el hombre, en cambio, la consideración meramente orgánica y estructural de la actividad instintiva –sea ésta normal o patológica– no basta para explicarla, porque dos instancias extraestructurales la condicionan: desde fuera, la vinculación del sujeto a la sociedad (recuérdense los *nómoi*, las convenciones sociales que respecto al ejercicio de la procreación ya mencionó Demócrito, y las fuertes implicaciones sociológicas del erotismo actual; añádanse a ellas las que afectan al instinto de conservación y a todos los restantes); desde dentro, la pertenencia del instinto a una vida que por esencia es a un tiempo biológica y personal (piénsese cómo la inteligencia, la libertad, la conciencia moral, la capacidad de apropiación y, en definitiva, la conversión del «estímulo» en «realidad», modifican en el hombre cualquier actividad instintiva). Obvia a estas alturas, una segunda observación debe ser hecha: que, mucho más visiblemente que cuando en él prepondera su momento biofísico y bioquímico, en la constitución del síntoma debe tenerse en cuenta, junto a su cara orgánica, su costado psíquico.

Sin olvidar nunca la primera de estas dos observaciones, examinemos sucesivamente la cara orgánica y el costado psíquico del momento instintivo del síntoma.

1.º Metódica –artificiosamente– deslindado del todo unitario a que pertenece, y aparte las notas descriptivas poco antes recordadas, el *aspecto orgánico del síntoma* plantea el problema de la relación entre «señal» y «expresión». Convertido en signo, ¿qué es el momento instintivo de la realización sintomática de la enfermedad, señal o expresión? Husserl negaría esta segunda posibilidad. Para él, a la expresión le es esencial una función comunicativa, y por consiguiente la intención de lograrla: la función que cumplen y la intención que manifiestan el lenguaje de quien me habla y la sonrisa de quien me sonríe. Comprender una expresión sería, por tanto, entender la intención que la ha determinado, percibir lo que con el percepto expresivo se quiere manifestar; y en el cumplimiento de esta tácita intención –en el caso de la sonrisa: «Quiero que sepas que me complace verte»– alcanzaría la expresión su significación y su sentido propios. No serían genuinas expresiones, en cambio, aunque a veces se las llame así, los gestos carentes de función significativa, como el de rascarse la cabeza en soledad, y los fenómenos concomitantes de los estados de ánimo, como las lágrimas no voluntarias. Ni, por supuesto, los síntomas en que predomina su momento instintivo.

Allers no admite esta última distinción. Expresión, para él, es la proyección hacia fuera, bajo forma sensorialmente perceptible, de todo lo que por modo

consciente o inconsciente acontece en la psique, sea en forma deliberada o en forma indeliberada; y en este segundo caso, relativa a la actividad mental (la postura y el gesto del *Penseur* de Rodin) o tocante a la vida efectiva (los fenómenos somáticos concomitantes de los estados de ánimo). La tajante oposición husserliana entre signo-señal y signo-expresión no puede ser admitida por el psicólogo y el médico.

Los signos en que recta o morbosamente se patentiza una acción instintiva son, pues, expresiones *sui generis* de esa acción. Junto a la «expresión personal» de quien habla a otro –por debajo de ella, si se quiere– hállase la «expresión instintiva» de los movimientos visibles en que terminativamente se resuelven tantas acciones vitales de cualquier organismo. He aquí, por ejemplo, el vómito. Fisiopatológicamente considerado, el vómito es la puesta en marcha de una determinada estructura neural, muscular y gástrica, propia de los organismos que poseen estómago. Mas cuando se le contempla como movimiento integrado en la vida del organismo en que surge, el vómito es la expresión no intencional –en el caso del animal– o dotada en ocasiones de intención consciente o subconsciente –en el caso del hombre– de un instinto de conservación y defensa que, esto es lo azorante, y en ocasiones lo grave, puede equivocarse; porque, quiero repetirlo, en la dinámica de la naturaleza existe a veces el error, la reacción biológicamente inadecuada y nociva. Sydenham en relación con los modos de enfermar, Darwin respecto de las formas biológicas, hablaron de los *lusus naturae* o *sports of the nature*. La realidad de los procesos morbosos hace ver que en ellos puede haber, no sólo «juegos» o «deportes» de la naturaleza, también «errores» de ésta, y en tal hecho tiene una de sus más firmes razones biológicas y éticas el arte de curar. Quede aquí el tema, en espera de su ocasión.

En cuanto que respuesta del organismo a la situación nosogenética que lo determina –respuesta modulada en el hombre, subconscientemente a veces, por motivos de orden social y de orden personal–, el vómito es un movimiento en cuya estructura está operando por modo preponderante un factor instintivo de carácter a un tiempo consciente e inconsciente; factor que condiciona la aparición y la dinámica de la reacción emética y sin cuya consideración quedarían mancas las explicaciones ofrecidas por los habituales tratados de fisiopatología. Y lo que se dice del vómito, dígase de todos los síntomas en que la configuración biológica sea patente. Toda la persona –el organismo, el psiquismo consciente y subconsciente, la situación social, la intimidad más propiamente personal– está hablando en cada síntoma determinado, y no será buen clínico quien no tenga oído sensible para percibir lo que el síntoma «dice».

Apenas será necesario advertir que, como en el caso anterior, es posible discernir los síntomas en que es preponderante el momento instintivo y aquellos otros en los cuales éste, siendo real, es poco perceptible y posee importancia escasa. El vómito de origen alimentario, la disnea del asmático y la polidipsia del diabético son ejemplos claros del primer grupo; la parálisis muscular de la intoxicación por el curare y la peculiar anestesia de la siringomielia, muestras evidentes del segundo.

2.º Existente siempre, hasta en la realidad de los síntomas y signos que parecen constituirse sin que el sujeto lo advierta –por ejemplo, una hipertensión arterial bien tolerada; una alteración subliminal de la cenestesia es seguro que se produce en ella–, el *aspecto psíquico del síntoma* se hace especialmente notorio en las respuestas orgánicas con predominio instintivo. Puede mostrarse de muy distintos modos: el dolor, la tristeza, la ansiedad, el embotamiento cerebral, la astenia, etc., y cada uno de ellos puede corresponder a los síntomas más diversos y a las especies morbosas más diferentes: el dolor, a la neuralgia del trigémino, a la micción dolorosa y al *angor pectoris*; la tristeza, a una depresión endógena o reactiva o a un cáncer incipiente; la ansiedad, a una neurosis cardíaca o al síndrome de Basedow, y así los restantes. Pero bajo tanta diversidad no es imposible advertir que el momento psíquico –o subjetivo– de los síntomas tiene una estructura común y una génesis equiparable.

Cuando el estado de enfermedad deja de ser molestia indiferenciada e incipiente y adquiere realidad plenaria, decía yo antes, el sentimiento de «estar enfermo» se convierte en sentimiento de «tal enfermedad». A veces, en el curso de pocos segundos; recuérdense el *angor pectoris* y el ictus apoplético. En ocasiones, al cabo de un lapso de horas o días; piénsese en la fiebre tifoidea y en tantos tumores cerebrales. El paciente, que había comenzado diciendo «Tengo mal cuerpo» o «Me siento mal», acaba enunciando con precisión lo que le sucede: «Me duele en tal parte» o «Siento vértigo», y con frecuencia percibe tales sensaciones como aspectos subjetivos de un síntoma ya objetivamente constituido.

¿Cómo ha sucedido esto? Mezclando la consideración estructural y la genética, creo que en esa modificación del sentimiento de enfermedad pueden ser discernidos tres componentes esenciales y cuatro accesorios y moduladores.

Los tres esenciales son:

1.º La *intensificación*. Al instaurarse en su plenitud el estado de enfermedad, el vago y casi indeciso sentimiento de estar enfermo se hace por lo pronto más acusado, más intenso: la molestia y el dolorimiento llegan a ser dolor, el leve embotamiento se trueca en bien perceptible obtusión, etc.; intensificación que psíquicamente delata la que psicoorgánicamente se ha producido en la constitución de la causa inmediata de la enfermedad y en la subsiguiente reacción a ella. Porque –no me cansaré de repetirlo– hasta el más súbito comienzo de una enfermedad es siempre una reacción-respuesta a su causa inmediata. Cuando el proceso de la intensificación no es muy rápido, éste es el momento en que el enfermo empieza a plantearse el problema de «ir al médico». Basado en su experiencia de enfermo o de médico, que el lector examine alguno de los casos particulares en que eso sucede.

2.º La *especificación vivencial*. A la vez que el sentimiento de estar enfermo se hace más intenso, va adquiriendo clara determinación cualitativa: lo vago e indeciso se concreta, y el puro malestar sin nombre se convierte en bien nombrable vivencia de dolor, de ansiedad, de náusea, de vértigo, de tristeza,

de obsesión, etc. Más aún: el dolor adopta alguna de las formas típicas –punzante, lancinante, transfictivo, urente, etc.– que enumeran los tratados de semiología. La localización somática de la causa inmediata de la enfermedad y de los síntomas reactivos a ella son los motivos principales, no los únicos, de esta inicial especificación vivencial del sentimiento de estar enfermo.

Es preciso, según esto, modificar desde su base misma la habitual distinción entre la psicopatología y la fisiopatología. Es lícito y acaso sea conveniente que el psicopatólogo dedique hoy por hoy mayor atención a los síntomas preponderantemente psíquicos (alucinación, idea obsesiva, idea delirante, depresión, etc.); pero ni debe desconocer que, aunque poco conocida en ocasiones, a todos ellos es inherente su respectiva alteración orgánica, ni debe olvidar o preterir el estudio de otros, como el dolor visceral, la náusea o la opresión precordial, sólo porque en su estructura y en su apariencia sea más perceptible la dimensión somática. El fisiopatólogo, a su vez, no puede dejar de lado, si aspira a ser completo, la atenta consideración del aspecto orgánico de la idea delirante y la idea obsesiva, aunque hoy por hoy no sea conclusivo ni satisfactorio lo que acerca del tema es posible decir. Como con profunda razón diría un griego antiguo, fisiopatología y psicopatología, todo es fisiopatología.

3.° La *localización*. A la vez que adquiere especificidad vivencial, el sentimiento de estar enfermo se localiza; y así especificado y localizado, deja de ser autosentimiento (mero sentimiento de la propia realidad y de su ocasional estado) y se convierte en noticia articulada (dato vivencial concreto acerca del propio estar) (1). A título de ejemplo, piénsese en el tránsito subjetivo de que son expresión, sucediéndose una a otra, las frases «Me siento mal» (vago malestar inicial), «Me duele *en tal sitio*» (dolor no suficientemente localizado), «Me duele *tal parte*» (dolor ya bien localizado; el enfermo no sólo sabe «por donde» le duele, sabe también «lo que» le duele) y «El dolor me va *de tal a tal parte*» (dolor procesalmente localizado). Espacialmente dibujado por los sentimientos que determina, el intracuerpo se hace entonces consciente como un accidentado paisaje cenestésico.

Volveremos sobre el tema al estudiar con mayor atención el problema del «donde», del «¿por qué precisamente aquí?» del síntoma. Mas no sin advertir desde ahora que cuando en la enfermedad se hace muy notorio su momento neurótico, el «aquí» de la molestia o del dolor puede muy bien no coincidir con el «aquí» de la lesión.

A estos tres componentes esenciales de la modificación que experimenta el aspecto psíquico del síntoma hay que añadir los cuatro que accesoriamente lo modulan:

1.° La *especificación nosográfica*. También por obra de la especie morbosa a que pertenece el síntoma se concreta y especifica el sentimiento de estar en-

(1) Más detalles acerca del autosentimiento y la noticia articulada –y de la vivencia intermedia entre ellos que he llamado autovislumbre–, en mis libros *La historia clínica* y *La relación médico-enfermo*.

fermo. A cada especie morbosa –luego estudiaremos cómo debe ser entendida esta vieja noción– corresponde una sintomatología subjetiva más o menos bien circunscrita y constante, y así se comprende que un buen clínico, el viejo Ortner, propusiese una pauta diagnóstica basada sobre ella. Oyendo del enfermo lo que como tal siente, es posible en muchos casos establecer con cierta precisión el diagnóstico específico. «¿Cuál ha sido el invento que más ha hecho progresar a la medicina?», preguntaron una vez a Marañón. Ingeniosamente, respondió el gran médico: «La silla».

2.° La *tipificación biológica*. Como todos sabemos, el aspecto psíquico del estado de enfermedad se halla parcialmente determinado, así en su intensidad como en su contenido y su figura, por el tipo biológico del enfermo; su sexo, su edad, su raza, su biotipo. El dolor y la ansiedad no son idénticamente sentidos por el varón y la mujer, por el niño y el viejo, por el blanco y el negro, por el leptosomático y el pícnico. Cuando los tratados de semiología sean menos abstractos y se adapten más a la cambiante realidad del enfermo, por fuerza habrá de ser tenido en cuenta y metódicamente investigado este conjunto de hechos.

3.° La *tipificación sociocultural*. En el apartado próximo mostraré la parte que la situación social del paciente y el área cultural en que se ha formado tienen en su reacción personal al estado de enfermedad. Mas no sólo en la índole de esa reacción influyen uno y otro factor; también en la realidad misma del aspecto subjetivo del síntoma. La pertenencia a ciertos grupos sociales y a ciertas culturas, con la consiguiente formación de hábitos psicoorgánicos que lleva consigo, hace que sea mayor o menor la intensidad *real* del dolor, del sentimiento de náusea, de la ansiedad, etc. Nunca podrá haber una algometría objetivamente precisa, como hay una termometría y una tonometría; pero no me parece disparatado sostener que el yogui no sólo es más resistente al dolor físico, sino que a la vez lo siente menos. A la luz de este ejemplo, obsérvese la necesidad de una aproximación sociocultural al conocimiento de los aspectos subjetivos del enfermar.

4.° La *individualidad*. Es tópico afirmar que «no hay enfermedades, sino enfermos». Más correcto sería decir que hay enfermedades –pronto veremos lo que por «una enfermedad» debe entenderse– individualmente realizadas en cada enfermo, tanto por obra de la peculiar constitución biológica de éste como por la personalidad que las decisiones y las vicisitudes de su biografía, asentadas sobre esa peculiaridad constitucional, paulatinamente le hayan conferido. Pues bien: no sólo en el modo de sobrellevar la enfermedad y sus síntomas, también en la realidad orgánica y psíquica de una y otros tiene alguna influencia lo que como individuo es el paciente. Cualquier médico observador y cualquier profano atento saben muy bien cómo la sensibilidad al dolor, y en general a cualquier molestia orgánica, varía considerablemente de individuo a individuo, desde los que sienten todo «en carne viva» hasta los que tienen «piel de elefante».

La breve exposición precedente dista mucho de ser el estudio que el tema requiere. Sólo pretende ser una pauta, útil acaso, para ordenar con cierto fun-

damento el disperso material bibliográfico acerca del tema y para promover una investigación metódica de su rica y compleja realidad.

c. *Momento personal*

En la constitución real del síntoma hay, en fin, un *momento personal*, que afecta tanto al aspecto orgánico como al aspecto psíquico de su configuración. Algo que depende, no ya de que el animal humano sea una realidad orgánica y psíquica, que esto también lo son los animales no humanos, sino de que su realidad psicoorgánica es sustantivamente –por tanto, desde la raíz de ella misma, no como un modo de ser a ella sobrepuesto– realidad personal. Tal es el verdadero fundamento del momento personal del síntoma.

No me refiero con ello –*a fortiori* debo ampliar ahora lo que acerca del momento instintivo del síntoma acabo de apuntar– a la existencia de una respuesta personal a la vivencia del síntoma, sino al hecho de que la realidad misma de él se halla esencialmente modulada por la condición personal del hombre, por ser persona el animal humano.

De modo más subconsciente que consciente –puesto que también subconscientemente realiza el hombre su condición de persona–, el enfermo padece y hace personalmente sus síntomas. Los padece personalmente porque para él los síntomas no son meros «estímulos penosos», sino «realidades aflictivas»; recuérdese lo dicho acerca de la diferencia entre la enfermedad animal y la enfermedad humana. Los hace personalmente, por otra parte, porque en la enfermedad humana los síntomas son siempre respuestas, no simples reacciones biológicas; y lo son porque –fundido imperceptiblemente en la génesis del síntoma, por tanto en la total realidad de éste– algo hay en que se manifiesta la condición personal del sujeto que lo hace.

Consideremos a título de ejemplo el temblor de los dedos de un basedowiano. ¿Cómo ese temblor pertenece a la realidad del enfermo? ¿Sólo como una reacción biológica de su organismo ante la cual él, como persona, puede responder con resignación o con rebeldía, con desesperación o con esperanza? De ningún modo. Bastará observar cómo los dedos del basedowiano, *sin que él lo advierta ni piense en ello*, tiemblan más o menos según las situaciones en que su persona se encuentre –situaciones, por tanto, sociales y morales, no meramente biológicas–, para descubrir que en la génesis y en la realidad misma del síntoma, fundido con los mecanismos incretorios y neurofisiológicos que en ese temblor necesariamente intervienen, está secretamente operando la condición personal, el «ser persona» del enfermo. El temblor del basedowiano no es simple reacción biológica, es respuesta personal; y no simple señal, en el sentido de Husserl, sino verdadera expresión, aunque en su determinación no exista intención deliberada y consciente. Lo mismo podríamos decir de la disnea y el vómito, entre los síntomas preponderantemente orgánicos, y de la idea obsesiva y la alucinación auditiva, entre los preponderantemente psíquicos.

Mutatis mutandis, necesariamente debe ser repetida la apostilla precedente. Hay síntomas en cuya constitución prepondera el momento personal; tal es el

caso de las organoneurosis y de los síntomas histéricos de conversión. Hay otros en los que ese momento es apenas perceptible, como la ceguera consecutiva a una lesión del nervio óptico. Y en el punto medio entre unos y otros, las enfermedades internas que *real y verdaderamente* sean «psicosomáticas», en el sentido restrictivo que habitualmente se da a este término: aquéllas en cuya génesis esté operando la intención subconsciente de hallar en la enfermedad la solución de un conflicto vital.

d. *Recapitulación*

Cuanto acerca de la constitución real del síntoma ha sido hasta ahora expuesto, está diciéndonos que, sea bioquímico, instintivo o personal el momento que predomina en su estructura, *todo síntoma es a la vez señal, expresión instintiva y –por modo subconsciente– expresión personal.* Con otras palabras: que desde el punto de vista de su intelección, todo síntoma es en alguna medida comprensible (transparente a la indagación de su sentido vital) y en alguna medida incomprensible (opaco a la comprensión, sólo accesible a la explicación); y que desde el punto de vista de su génesis, todo síntoma es a la vez un accidente vital padecido por el sujeto (determinante de un *páthos*) y hecho por él (emergente, como un *érgon*, de una *poiêsis* subconsciente); hecho, pues, por un sujeto que activa y reactivamente es agente, actor y autor de sí mismo, y padecido por él en cuanto que paciente, espectador e intérprete de lo que en su vida acontece.

Basta tan sumario esquema para advertir que en la consideración intelectiva del enfermo por parte del médico son posibles dos extremos contrapuestos: el exceso imaginativo de los interpretadores a ultranza y la ceguera de los doctrinarios –o rutinarios– de la pura objetividad. Concebir la disfagia consecutiva a un tumor mediastínico como símbolo expresivo de que el enfermo «no puede tragar» la situación en que vive, valga tan abultado dislate, sería, por supuesto, un intolerable abuso interpretativo; pero no ver que una disfagia puede hallarse subconscientemente determinada o modulada por motivos personales y situacionales, podría ser en ciertos casos una miopía no menos intolerable.

A la evitación de uno y otro extremo debe servir, en lo que de disciplina pragmática tenga, toda antropología médica que pretenda ser científica.

III. GENESIS Y LOCALIZACION DEL SINTOMA

Puesto que en tan íntima relación mutua se hallan, estudiaremos juntos el problema de la génesis de los síntomas y el de su localización.

1. Génesis del síntoma

Volvamos a nuestro punto de partida. Un vector nosogenético siempre de naturaleza psicoorgánica, aunque en su estructura puedan predominar de ma-

nera más o menos intensa su momento orgánico (traumas, infecciones, intoxicaciones) o su momento psíquico (neurosis de todo género), da lugar, actuando sobre un individuo sensible a él, a la causa inmediata de la enfermedad, esto es, a la primera alteración lesional (sea bioquímica o celular la lesión) del ya inminente estado de enfermedad; el cual consiste en la reacción-respuesta, también a un tiempo psíquica y orgánica, por parte del organismo afecto. El sentimiento de estar enfermo –el fenómeno de la enfermedad, si apelamos al resultado de su reducción fenomenológica y según él nos expresamos– y la paulatina constitución de los síntomas, son la manifestación fehaciente de que el estado de enfermedad se ha instaurado ya.

Preponderantemente orgánicos (síntomas objetivos) o preponderantemente psíquicos (síntomas subjetivos), los síntomas son siempre psicoorgánicos, y en su estructura es posible deslindar un momento biofísico y bioquímico, otro instintivo y otro –a la vez consciente y subconsciente– personal; lo cual hace que el proceso de su génesis sea a un tiempo consecuencial, proléptico y –subconscientemente– proyectivo. Cuando de manera muy intensa predomina el modo consecuencial de la sucesión, la producción del síntoma se acerca a la total forzosidad, al género de la causación que los griegos llamaron *kat' anánkên* y los escolásticos *necessitas absoluta;* ese según el cual la destrucción del nervio óptico produce ceguera. Cuando, por el contrario, es el modo subconscientemente proyectivo de la sucesión el que predomina, la génesis del síntoma gana en contingencia –acontece *katà týkhên,* dirían los griegos, con *necessitas conditionata,* en términos escolásticos–; pero, esto es lo decisivo, tal *týkhê* y tal *conditionatio* no son ahora las inherentes al azar cósmico, a la *sors* o *fortuna* de que hablaba el pensamiento antiguo, porque dependen del oscuro, subconsciente, lábil y gobernable designio que como *arrangement* frente a una situación vitalmente conflictiva surge en la psique del sujeto; teniendo por supuesto en cuenta que la actividad psíquica es siempre, en todo momento y a la vez actividad orgánica.

Como ha escrito un autor, la conciencia moral no está sólo en la intimidad, entendida como un privadísimo ámbito secreto de la conciencia psicológica, está también en los protoplasmas, en los líquidos intersticiales y en los mecanismos neurofisiológicos del sujeto, y con ellos y sobre ellos opera. ¿Cómo? Dejemos a los metafísicos la ardua respuesta. Lo que el médico debe saber es que así se constituyen en su integridad la disnea, el vómito y la inflamación de cualquier enfermo, la ansiedad cardial del neurótico y la idea delirante del enfermo mental.

Todo lo que el paciente es –su constitución individual genética y adquirida, su personalidad, su situación en la vida social, el curso de su biografía; y, por supuesto, su constitución específica, el hecho de que su organismo sea el de un *homo sapiens* y su estructura la antes descrita– interviene en la génesis del síntoma, y así lo advertirá el médico que como tal médico sepa ver al hombre según lo que el hombre realmente es.

A título de ejemplo, consideremos la estructura del más general y más sensible de los síntomas subjetivos, el dolor orgánico. Cuando alguien siente que

le duele una región de su cuerpo, ¿qué está sucediendo en él? Muy esquemáticamente, lo que sigue:

1.º Que todo un conjunto de estructuras neurológicas y bioquímicas –las estructuras correspondientes a la zona orgánica sobre la cual ha actuado el estímulo algógeno y las que en el sistema nervioso central hayan sido movilizadas para el control interno de la sensación dolorosa (receptores opiáceos, péptidos opiáceos endógenos: Hughes, 1975)– se ha puesto en acción para conseguir lo antes posible que se adapte biológicamente la respuesta del organismo a dicho estímulo.

2.º Que la constitución biológica del organismo afectado –edad, sexo, raza, biotipo– está modificando en un sentido o en otro la intensidad y la percepción consciente del proceso neurofisiológico antes mencionado.

3.º Que los hábitos socioculturales impresos en el individuo en cuestión –etnia, grupo social, modo de la educación, creencias y estimaciones– modulan tanto el contenido del sentimiento álgico como la reacción a él.

4.º Que el carácter y la biografía de la persona, así como la particular situación vital en que la estimulación dolorosa se ha producido, intervienen eficazmente en la cuantía y la figura terminales de esta modulación. Organismo, psique, constitución biológica, situación social, situación histórica, ocasión biográfica y peculiaridad de la persona tienen parte así en la génesis como en la configuración del síntoma «dolor orgánico». Otro tanto podría decirse de cualquier otro.

No será inoportuno recordar, ahora con la especial claridad que dan las exposiciones sinópticas, que en el momento personal de la apariencia y la estructura del síntoma se articulan o se funden tres modos de la actividad de la persona: uno *no intencional*, ese en cuya virtud el temblor de los dedos del basedowiano y la frecuencia, el ritmo y la intensidad de los movimientos respiratorios del disneico se hallan condicionados por las varias situaciones en que como persona viva el enfermo –situaciones, por tanto, sociales, afectivas y morales–; otro *subconscientemente intencional*, más directamente relacionado con su iniciación y su génesis, ese en cuya virtud el síntoma, incluso cuando ha sido orgánicamente determinado, en alguna medida está inconscientemente sirviendo a los intereses vitales del paciente, la *mica neurotica* que la más orgánica de las enfermedades puede llevar dentro de sí; otro, en fin, *conscientemente intencional*, sobreañadido a los dos anteriores, que se pone en juego en las exageraciones o las atenuaciones de la intensidad visible del síntoma a que en páginas ulteriores daremos el nombre de *simulatio minor*. «Nunca se sabe todo lo que hay dentro de un minué», dicen que dijo la genial clavecinista Wanda Landowska. En contacto con el barro y la miseria de la condición humana, a la vez que con la sutileza y la hondura de ella, el médico puede, por su parte, decir: «Nunca se sabe todo lo que hay dentro de un dolor de muelas». Pero su deber como médico consiste en tratar de saberlo; más aún, de saberlo científicamente.

2. Localización del síntoma

Late en todo lo precedente el complejo problema de la localización del síntoma; el hecho de que el médico intelectual y técnicamente exigente deba proponerse siempre la pregunta por el «dónde» de la enfermedad individual: «¿Por qué precisamente aquí? ¿Por qué no en otro lugar del organismo?».

Un sujeto queda contagiado por el bacilo de Koch. ¿Por qué éste da lugar en un caso a una tuberculosis pulmonar, en otro a una meningitis tuberculosa y en otro a una coxalgia? Un enfermo padece una neurosis orgánica. ¿Por qué ésta se expresa en él como anorexia nerviosa y no como desorden funcional del ritmo cardíaco? La deliberada yuxtaposición de estos dos ejemplos muestra que las explicaciones a que el médico de formación «oficial» suele recurrir –vía de entrada del agente nosógeno, debilidad constitucional u ocasional de tal o cual órgano o aparato– distan mucho de resolver totalmente el problema, y aun de plantearlo adecuadamente.

Trataré de hacerlo yo. Para lo cual, a riesgo de incurrir en la monotonía, de nuevo debo recurrir al esquema acostumbrado y distinguir en consecuencia tres posibilidades cardinales:

a. *Preponderancia biofísica y bioquímica*

Determinación *preponderantemente biofísica y bioquímica* de la localización del síntoma. Razones de índole física y química imponen necesaria o cuasinecesariamente que el síntoma se localice en tal parte y no en tal otra. El hecho de que una bala atraviese la porción posterior del cráneo determina que los síntomas consecutivos y reactivos a la lesión –fractura ósea, dolor, hemorragia, ceguera calcarina, etc.– se hallen localizados donde precisamente lo están. Menos mecánico y más sutil es en otras ocasiones el mecanismo de la localización. La índole neurológica y psíquica de los síntomas en que se realiza y manifiesta la acción de los narcóticos y del alcohol son las que son porque el coeficiente de partición del narcótico y el alcohol entre el plasma y las grasas (Overton y Meyer) hace que ambos, una vez incorporados a la sangre, se fijen de preferencia en determinados lugares del sistema nervioso central. Motivos de orden biofísico y bioquímico son también los que llevan hacia la mucosa del estómago y de la boca el mercurio ingerido en la intoxicación hidrargírica, y hacia el riñón el plomo activo en la intoxicación saturnina. Y en las infecciones en que es muy constante el cuadro anatomopatológico, necesariamente habrá de existir una peculiar razón bioquímica para que el *corpora non agunt nisi fixata* de Ehrlich se realice, en relación con las correspondientes toxinas, tal y como regularmente lo hace. Entre tantos posibles, basten estos ejemplos.

Acabo de decir que la localización del síntoma queda en tales casos determinada de un modo necesario o cuasinecesario por la específica conjunción entre dos estructuras químicas, la del agente y la del lugar orgánico por él afectado. Pero en ningún caso será esa necesidad la *necessitas absoluta* con que la piedra cae hacia la tierra o con que el Sol sale por oriente y se pone por

occidente. La existencia de reacciones y retroalimentaciones de carácter instintivo y proléptico puede alterar o modular esa necesidad. De otro modo no podrían ser explicadas las variaciones individuales que todos los cuadros tóxicos presentan, por muy fija y uniforme que parezca ser la acción del agente. No todas las borracheras son iguales, y algo pone en ello la constitución somática, en último término biofísica y bioquímica, del sujeto que se embriaga.

b. *Preponderancia instintiva*

Determinación *preponderantemente instintiva* del síntoma. En tal caso, la situación anatómica del *locus affectus* se hallará más o menos necesariamente determinada según sean más orgánicas y azarosas o más psíquicas y dotadas de sentido la constitución de la causa inmediata de la enfermedad y la consiguiente reacción a la misma. La producción de un foco inflamatorio en el lugar donde una aguja infectada ha herido la superficie del cuerpo es un hecho obviamente explicable: el instinto de conservación se actualiza por modo inconsciente allí donde tiene que actualizarse; aunque, eso sí, no puedan ser exhaustivamente explicadas como *pura* reacción instintiva dos eventualidades: que el foco inflamatorio llegue o no llegue de hecho a producirse y que el modo de realizarse clínica y fisiopatológicamente la inflamación sea como de hecho es. Bien distinto será el caso cuando, fundido, por supuesto, con el momento instintivo de ella, en la reacción-respuesta opere con mayor intensidad su momento subconscientemente intencional; así en las anginas psicosomáticas de von Weizsäcker y en otras afecciones semejantes. Porque en la resolución morbosa de una situación vital conflictiva, será bastante más aleatorio –más dependiente, por ejemplo, del ocasional estado biológico de tal o cual región orgánica, pero no solamente de dicho estado– el hecho de que se oriente hacia un lugar o hacia otro la génesis de la causa inmediata de la enfermedad. Con lo cual la necesidad de la localización del síntoma se hará harto más compleja y laxa.

He aquí varios de los momentos que la modulan:

1.° La reacción general –diasquítica, no en el sentido estrictamente neurológico de la «diásquisis» monakowiana (2)– a la causa inmediata de la enfermedad. Sana o morbosa, una respuesta orgánica preponderantemente instintiva es siempre más «total» que otra preponderantemente biofísica y bioquímica. Baste recordar la significación de la fiebre en la dinámica del proceso inflamatorio. O, desde un punto de vista puramente anatomopatológico, el triunfo de la doctrina de Cohnheim (más «totalista») sobre la doctrina de Virchow (más «localista»), en lo tocante a la génesis de dicho proceso. Sin mengua de las exigencias de la anatomía y la fisiología, y cualquiera que sea el instinto, el *locus* de una respuesta instintiva es siempre el entero organismo.

(2) Más precisiones acerca de la «diásquisis» de von Monakow, en mi libro *La historia clínica*.

2.º La mayor influencia de las espinas orgánicas –lesiones y cicatrices, malformaciones, meiopragias, alteraciones ocasionales– en la constitución de la causa inmediata de la enfermedad, y por tanto en la localización y la fijacion del síntoma. Una mínima malformación congénita de la pelvis renal puede canalizar lentamente hacia la calculosis urinaria una respuesta metabólica –constitucional y ocasionalmente determinada–, que sin aquélla tal vez hubiese tenido un cauce orgánico distinto (Puigvert).

3.º La posibilidad de una transmutación subconsciente de la energía instintiva. Como ya indiqué, la radical unidad de las distintas pulsiones instintivas puede realizarse según una determinada dirección, en detrimento de las restantes. Una fuerte inclinación del sujeto hacia un determinado cauce de la vida instintiva es capaz de producir una verdadera transmutacion en la dinámica de ésta, y por tanto una absorción hacia su campo, si vale decirlo así, del síntoma que patológicamente la realice. Cuando es vitalmente intenso, el interés por algo convierte a este «algo» en vía terminal dominante. Todo o casi todo se resuelve en hambre en el glotón; todo o casi todo se hace libido erótica en el erotómano; todo o casi todo engendra sed en el dipsómano. Lo cual, como es obvio, puede influir decisivamente sobre la localización de los síntomas en que descuelle el carácter instintivo.

c. *Preponderancia personal*

Determinación *preponderantemente personal* de la localización del síntoma. El lugar del síntoma viene ahora determinado por obra de un proceso subconsciente de la vida psíquica del sujeto. Nunca, sin embargo, dejará de afectar a la conciencia –por modo hiponoico e hipobúlico, en el sentido que a estas palabras dio Kretschmer– el proceso psíquico en cuestión.

Trátase, bien se advierte, de la localización o «elección del órgano» del síntoma neurótico. Sin llegar nunca a la libre deliberación, sin que tal localización se deba al arbitrio o al capricho, porque el neurótico y el simulador son *cualitativamente* distintos entre sí, la necesidad de la localización es ahora mínima, y máximas son, por consiguiente, su contingencia y su variabilidad. Tanto, que en el orden de los hechos –no, por supuesto, en el orden de las ideas y de los principios morales– no será siempre fácil distinguir la neurosis de la simulación.

Varias son las pautas según las cuales quedan determinados el lugar y la índole de un síntoma organoneurótico. He aquí algunas:

1.ª El contagio psíquico. Subconscientemente, el neurótico hace como enfermo algo que en torno a sí está viendo hacer. El bostezo en la vida normal y las histerias de la *Salpêtrière* de Charcot en la vida patológica, son dos claros ejemplos de esta posibilidad.

2.ª La relación entre la causa del conflicto y su correlato anatomofisiológico. Que una neurosis viril consecutiva a la frustración sexual se manifieste como *impotentia coeundi* será eventualidad más frecuente que la manifesta-

ción cardiovascular de ella; pero en la «elección del órgano» nunca quedará totalmente excluida esta segunda vía de la patogénesis.

3.ª La influencia de ciertas ideas vulgares –restos acaso de viejas creencias míticas– acerca de la realidad anatómica del cuerpo. Si, como lo hicieron algunos médicos hipocráticos, un neurótico cree que hay una comunicación directa entre el tubo digestivo y las vías urinarias, esta creencia podrá expresarse en la localización de sus síntomas orgánicos; y en el mismo sentido puede actuar la tan difundida creencia en la influencia del onanismo sobre la médula espinal. Recuérdese, por otra parte, la significativa discrepancia entre el joven Freud y su maestro Charcot acerca de la localización de las parálisis y las anestesias histéricas (3).

4.ª Los temores hipocondríacos: el temor excesivo al cáncer de estómago como concausa de una neurosis gástrica. El sujeto padece ahora en la parte de su cuerpo en que temía padecer. Lo cual, sea dicho como apostilla, planteará el problema de por qué esa persona temía enfermar de tal modo y no de otro.

5.ª El refugio en un hábito vital. El síntoma se localiza en una región funcionalmente requerida por la actividad habitual del sujeto, y más cuando la motivación del trastorno neurótico tiene que ver con tal actividad. Tal es el caso del conocido «calambre de los escribientes».

6.ª El refugio en lo inmediato. Así acontece en el sujeto que «hace» una parálisis histérica del brazo sobre el cual se ha caído, o –de modo más sutil–en quien ha fijado neuróticamente las palpitaciones cardíacas que ocasionalmente experimentó un día y en quien vomita por el recuerdo más o menos consciente de lo que le sucedió antaño tras la ingestión de alimentos averiados.

7.ª La utilización neurótica de movimientos expresivos más o menos conexos con la situación conflictiva: temblores, náuseas, etc.

8.ª La aparición de los síntomas sólo en determinadas ocasiones, y muy especialmente por la contemplación de escenas que de un modo o de otro evocan el suceso traumatizante.

9.ª La expresión simbólica del conflicto neurótico. Una disfagia neurótica puede ser la inconsciente expresión simbólica de que el enfermo «no puede tragar» tal situación o a tal persona. Una paraplejía histérica puede manifestar simbólicamente que el paciente teme «andar» o «avanzar» por el camino de la vida. El asma y el estreñimiento más de una vez han sido así interpretados por los psicoanalistas. Sin ser un poco novelista y un poco mitólogo –sólo un poco–, el médico no podrá a veces interpretar adecuadamente lo que en la enfermedad de su paciente sea «neurótico».

«La neurosis camina hacia el órgano», escribió Freud para expresar la tendencia de los conflictos psíquicos hacia su somatización. Mas también, en ocasiones, «el órgano camina hacia la neurosis». En ese doble y contrapuesto caminar está la clave de la localizacion del síntoma neurótico. Subconsciente-

(3) Véase mi libro *La relación médico-enfermo*.

mente, todas las estructuras de la realidad humana se ponen en juego para que así acontezca.

3. Especificación e individualización del síntoma

Según la nosografía oficial, los diversos síntomas se reúnen entre sí en cada enfermo para dar lugar a «síndromes» y a «cuadros sintomáticos». Aplicado a la realidad del conjunto de los síntomas, el término «cuadro» puede ser causa de confusión. En primer lugar, porque de algún modo induce a desconocer que los diversos síntomas que presenta un enfermo pueden aparecer y desaparecer en momentos temporales distintos; por lo cual el conjunto de ellos debe ser diacrónicamente estudiado –cosa que, por cierto, no escapó a Sydenham, creador de la nosografía moderna–, y no sólo sincrónicamente. En segundo término, porque esa palabra puede ocultar un hecho, éste no adecuadamente valorado por Sydenham: que la individualidad del conjunto sintomático es un dato no menos importante y fundamental que su no tan constante regularidad.

Estudiemos sucesivamente, pues, la regularidad y la individualidad del conjunto sincrónico y diacrónico de los síntomas en que el estado de enfermedad factualmente se realiza.

a. *Especificación del síntoma*

Con rapidez mayor o menor, según los casos, el indiferenciado desorden psicoorgánico con que se inicia el estado de enfermedad va adquiriendo figura sintomática, y cada uno de los síntomas así constituidos es susceptible de consideración específica. Es decir: puede ser agrupado con otros, de modo que la reunión de todos ellos constituya una «especie». Ahora bien, tal *especificación* puede seguir cuatro vías diferentes:

1.ª La vía *vivencial*. El criterio para la especificación es en tal caso la vivencia a que el síntoma da lugar. Todos los casos individuales de dolor precordial constituyen la especie sintomática «dolor precordial»; todos los de vértigo rotatorio, la de «vértigo rotatorio», y así en los restantes síntomas subjetivos.

2.ª La vía *empírico-descriptiva*. El agrupamiento de los síntomas tiene ahora como motivo principal o exclusivo la apariencia objetiva de ellos. Surgen así como conceptos específicos el «vómito», la «disnea», el «temblor intencional», la «tos», etc.

3.ª La vía *fisiopatológica*. La especificación se hace entonces desde el punto de vista del mecanismo anatomofisiológico en cuya virtud puede presentarse en un mismo enfermo un grupo de síntomas y signos subjetiva y objetivamente distintos entre sí; y a la unidad colectiva así formada suele dársele el nombre de «síndrome»: síndrome piramidal, síndrome de hipertensión portal, síndrome cerebeloso, síndrome de Basedow. La comunidad entre los síntomas constitutivos de un síndrome –necesaria para que los individuos formen «espe-

cies»–, la da en este caso el hecho de que todos ellos coinciden en ser partes integrales de tal conjunto unitario.

4.ª La vía *nosográfica*. Descriptiva y fisiopatológicamente distintos entre sí, los síntomas forman conjuntos que con enorme parecido mutuo se repiten en un gran número de individuos enfermos. Cada uno de dichos conjuntos recibe el nombre de «especie morbosa», noción procedente de la medicina antigua, pero cuya conceptuación desde un punto de vista puramente sintomático tiene su origen en Sydenham. La especie morbosa que los antiguos llamaron *pneumonia nota* –la neumonía lobar o pulmonía– se halla compuesta por varios síntomas y signos, la punta de costado, el escalofrío, la fiebre alta, la tos con expectoración herrumbrosa, el estertor crepitante, etc., que se repiten con notable regularidad en todos los pulmoníacos o neumónicos. Este cuarto modo de agruparse los síntomas es el que muy en primer término consideran los tratados de patología especial, y a él principalmente alude la palabra «especificación», aplicada a la configuración de los síntomas y a los modos de enfermar.

Tácito presupuesto de la nosografía moderna y de buena parte de la nosografía actual ha sido, desde Sydenham, pensar que todo enfermar individual es la realización *in individuo* de una determinada especie morbosa, descrita desde hace siglos, como la neumonía o el tifus exantemático, o descriptible en el futuro, cuando el médico llegue a reunir un suficiente número de casos clínicamente semejantes al que por el momento se muestra «raro» o «atípico». Y es justo reconocer que desde el siglo XVIII, es decir, desde que al criterio descriptivo de la pura clínica sucesivamente se unieron el criterio anatomopatológico, el fisiopatológico y el microbiológico, el número de especies morbosas descritas y las consiguientes posibilidades del diagnóstico específico y diferencial han crecido fabulosamente (4).

Pero, ¿qué consistencia real posee, en rigor, la especie morbosa? Y sobre todo, ¿es cierto que cada enfermedad individual –quiero decir, el modo de enfermar cada paciente– es la realización individualmente modulada de una determinada especie morbosa? ¿No acontecerá más bien lo contrario, a saber, que todo enfermar es primaria y radicalmente individual, y que, en virtud de ciertas necesidades más o menos acusadas y decisivas, cada enfermar individual *tiene que parecerse* más o menos a otros?

Varios médicos del siglo XX han tenido la clarividencia y la osadía de pensar que el concepto de especie morbosa debía ser profundamente revisado: el dermatólogo L. Brocq, el historiador y teórico de la medicina R. Koch, los clínicos A. R. Feinstein y R. N. Braun, el internista y patólogo general W. Wieland, varios más. Puesto que el tema es más patológico-general que antropológico-médico, no tengo por qué tratarlo aquí. Me limitaré a exponer con la concisión máxima la idea central de la crítica de Richard Koch. Piensa éste que la reducción de las enfermedades individuales a especies morbosas o modos específicos de enfermar sólo es científicamente posible cuando el nosógrafo considera

(4) Véase mi libro *La historia clínica*.

la total expresión orgánica de la enfermedad desde un punto de vista limitado y parcial: el lesional, tenga la lesión carácter anatomopatológico o fisiopatológico (la «cirrosis hepática», por ejemplo, en tanto que lesión anatomopatológica de carácter específico, o la «cistinuria», como desorden de naturaleza fisiopatológica), el microbiológico (la brucelosis, la tripanosomiasis, la bacilosis eberthiana, etc., como conjuntos, clínicamente diversos, de los cuadros morbosos producidos por los respectivos gérmenes y sólo por tal razón unificados) y, con precisión objetiva mucho menor, el puramente clínico o sydenhamiano. En cambio, las especies morbosas que describen los tratados de patología especial, en las cuales el descriptor se apoya implícitamente sobre la convicción de que los cuadros sintomáticos, las lesiones anatómicas, los desórdenes fisiopatológicos y los agentes etiológicos pueden ser entre sí metódicamente reunidos para formar entidades específicas, que tendrían una suerte de realidad supraindividual, tales especies morbosas no pasarían de ser convenciones del tipo «como si» –esto es: susceptibles de utilización pragmática «como si» fuesen reales–, semejantes a las que definió el filósofo Vaihinger en su *Als-ob-Philosophie* (5).

Mas ya he dicho que el tema de la realidad de la especie morbosa no debe ser tratado en estas páginas. He de limitarme en consecuencia a decir que, tomada en su conjunto, la crítica de Brocq, Koch, Feinstein, Wieland y Braun debe ser aceptada, al menos como base de discusión, por todo clínico observador y reflexivo. Tanto más cuanto que la tipificación de carácter patocrónico propuesta por algunos patólogos recientes –Goldstein: clasificación de los síntomas en consecuencias directas del trastorno fundamental, operaciones de rodeo y fenómenos secundarios, discernimiento de una actitud de entrega y otra de rebelión frente a la agresión nosógena, modos ordenado, catastrófico y señalado del comportamiento biológico del organismo enfermo; von Weizsäcker: ordenación de la patocronia en las tres etapas antes mencionadas, neurosis, biosis y esclerosis; Doerr: conceptos a un tiempo biológicos y patocrónicos de ortobiosis, alobiosis, patobiosis, necrobiosis y necrosis– necesariamente obliga a una profunda modificación de la nosografía tradicional (6).

Pero, a mi modo de ver, la vía más idónea para, sin proscribirla, situar en su lugar propio la noción de especie morbosa, se halla en una recta consideración de la individualización del enfermo. Veámosla.

b. *Individualización del cuadro sintomático*

La clínica moderna ha oscilado –sin suficiente reflexión, casi siempre– entre dos tesis contrapuestas y aún entre sí excluyentes. La primera, de tipo sydenhamiano, afirma que todo enfermar individual, no contando los excepcionales que el propio Sydenham llamaba *lusus naturae*, juegos o caprichos de la naturaleza, es la realización *in individuo* de una bien determinada especie morbosa. La segunda, entre empírica, ingeniosa y doctrinal, sostiene que no

(5) Aquel a quien este tema interese, vea mi libro *El diagnóstico médico. Historia y teoría.*
(6) Véanse mis libros *La historia clínica* y *El diagnóstico médico.*

hay enfermedades, sino enfermos. ¿Qué pensar hoy acerca de tan radical discrepancia?

Punto de partida para una respuesta a la vez clínica y antropológica debe ser la tesis siguiente: en sí y por sí misma, *toda enfermedad es «a radice» individual;* no sólo porque en biología lo verdaderamente real es el individuo (*este* gato) y no la especie (el grupo taxonómico *Felis catus*), y más cuando, como en el proceso morboso acontece, no se trata sino de una modificación accidental de la realidad del individuo; también, y sobre todo, porque el peculiar modo de vivir en que toda enfermedad consiste pertenece primariamente a la individual e intransferible biografía de quien lo hace y padece. Desde su raíz misma, toda enfermedad humana es un *unicum.*

Ahora bien: en cuanto que la realidad del individuo humano es a un tiempo orgánica y psíquica, personal y social, y en cuanto que la enfermedad es una respuesta de la total realidad del enfermo a una situación nosogenética en la cual motivos orgánicos, psíquicos, personales y sociales se combinan entre sí, es forzoso, físicamente forzoso, que la realización factual de esa radical individualidad presente semejanzas más o menos estrechas con las que tengan lugar en otros individuos humanos. El hecho biológico de que el organismo humano tenga estómago determina que en algo se asemejen entre sí las respuestas morbosas que notoriamente afecten a ese órgano. El hecho psicológico de que todos los individuos humanos puedan reaccionar con tristeza a la alteración de ciertas estructuras neurofisiológicas y a ciertas situaciones anímicas y sociales lleva consigo que algún parecido tengan las afecciones morbosas relacionadas con tales estructuras y tales situaciones. El hecho microbiológico-inmunológico de que el neumococo pueda ser lesivo para el organismo humano en general y para ciertos órganos de él en particular, da lugar a que en ser neumocócicos o en serlo de tal órgano o aparato se parezcan entre sí los correspondientes procesos patológicos. El hecho, en fin, de que tales o cuales conflictos psicosociales puedan ser lesivos para ciertos individuos, tendrá como consecuencia que todos ellos muestren analogías entre sí.

Pues bien: movido el clínico por ese múltiple sistema de parecidos, establecerá «tipos» o «especies» en la realización y la apariencia del enfermar, unas veces con muy netos caracteres comunes (por ejemplo, los microbiológicos y clínicos de la terciana palúdica, los anatomopatológicos y clínicos de la esclerosis lateral amiotrófica, los fisiopatológicos, genéticos y clínicos de la diabetes sacarina), otras con cuadros sintomáticos y datos etiológicos no bien dibujados y fijos (por ejemplo, los correspondientes a las llamadas «bronconeumonías»), otras sólo mediante la referencia a una determinada circunstancia etiológica (cuando, por ejemplo, se habla de «neurosis traumáticas»), a la unitaria apariencia formal de un solo síntoma (así en el caso de la «neurosis obsesiva») o a la peculiaridad patocrónica de los síntomas (enfermedades agudas y enfermedades crónicas). Lo primario, pues, así en la realidad como en la doctrina, es la individualidad del enfermar; lo secundario, y en no pocas ocasiones lo convencional, la tipificación y la especificación de esa individualidad primaria. Con la antropología actual como fundamento, no con la helénica, he aquí un modo

neohipocrático de abordar y resolver el problema de la individualización del cuadro sintomático.

4. Clasificación de los síntomas

Todo lo expuesto nos está diciendo que sólo con la previa adopción de un determinado punto de vista pueden ser racionalmente clasificados los síntomas. Galeno recurrió al discernimiento de las *dynámeis* o «potencias» principalmente afectadas por el síntoma en cuestión, y ordenó los accidentes sintomáticos según la diversa relación de cada uno con la *dýnamis physikê* (síntomas de la vida vegetativa), la *dýnamis zôtikê* (síntomas de la vida animal inferior: los cardiorrespiratorios) y la *dýnamis psykhikê* (síntomas de la vida animal superior: los tocantes a la sensación, el movimiento y el psiquismo). Los semiólogos actuales se atienen a un criterio anatomofisiológico (ordenación de los síntomas por órganos, aparatos y sistemas) o descriptivo-funcional (síntomas somáticos, fisiopatología, y síntomas psíquicos, psicopatología).

Sobre la posibilidad de clasificar los síntomas según el pensamiento patológico de Goldstein, von Weizsäcker, Selye y Doerr, dicho queda lo suficiente. Pero si el clínico quiere ser verdaderamente fundamental y completo, acaso sea conveniente añadir a todos esos criterios de clasificación otro nuevo, más directamente atenido a la general estructura antropológica del accidente sintomático y a los modos típicos de ella derivados: síntomas en que es preponderante su momento biofísico y bioquímico (aquellos que ante todo se nos manifiestan como «señal»), síntomas en que predomina su momento instintivo (aquellos que se nos muestran como «expresión instintiva») y síntomas, en fin, en cuya estructura es su momento personal, consciente e inconsciente, el que visiblemente prepondera (aquellos que exigen verlos como «expresión personal»). Tal vez fuese éste el mejor camino para dar un carácter plenamente humano –no sólo patológico-comparativo– a la semiología que exponen los manuales al uso.

IV. LA REACCION PERSONAL AL ESTADO DE ENFERMEDAD

Debo repetir lo que tantas veces vengo diciendo: que la enfermedad humana es siempre y *a la vez* reacción biológica y respuesta personal al vector nosogenético que la produce; más precisamente, reacción-respuesta del organismo y la psique de un individuo –de un psicoorganismo–, cuyo *bíos* es el propio de una persona y de tal persona. «Siempre», porque no hay enfermedades humanas en las cuales no se haga patente la condición personal de nuestro organismo. Contraponer en el hombre su «biología» y su «psicología» o distinguir en su realidad, como es tan frecuente, «estratos» ónticamente distintos entre sí, es un grueso error de principio. «A la vez», porque en la respuesta patológica, aunque el término más visible de ésta sea una lesión anatómica, se realiza uni-

tariamente lo que en cada hombre es «cuerpo» y lo que es «persona». Sépalo o no lo sepa el enfermo de colelitiasis, en el proceso y en la expresión de su litogénesis están secretamente operando su inteligencia y su libertad.

Ahora bien: la condición de persona de un hombre se manifiesta en el hecho-evento de la enfermedad en dos formas distintas, bien que complementarias entre sí, una más constitutiva y otra más reactiva y responsiva. A la primera pertenecen principalmente los modos de actividad de la persona que antes llamé «no intencional» y «subconscientemente intencional». Uno y otro, en efecto, tienen parte en la constitución del cuadro sintomático, así en lo relativo a su génesis como en lo tocante a su configuración. Que en un sujeto se produzca una úlcera gástrica, que ésta le duela y que el dolor que sufre sea como es, son hechos que dependen de que ese sujeto tenga el estómago y el sistema nervioso que efectivamente tiene, por tanto de su condición de individuo de la especie *homo sapiens;* pero también de ser persona, de ser la persona que él es y de la situación en que biológica y biográficamente se encontrase cuando empezó a padecer su úlcera y se encuentra en el momento en que le duele; recuérdese lo que acerca del problema de la nosogénesis y de la constitución de los síntomas quedó expuesto en páginas anteriores. La segunda forma de manifestarse la condición personal del hombre en el hecho-evento de la enfermedad se halla principalmente determinada por el modo «conscientemente intencional» de la actividad de la persona, y a ella es a la que se refiere el epígrafe del presente apartado: la reacción personal –reacción-respuesta, más bien– al estado de enfermedad. Aunque, como veremos, este ingrediente del cuadro morboso reobre sobre el estado de enfermedad y en cierto modo se funda con él. Algo influye en el dolor mismo del ulceroso de estómago, valga este ejemplo, el hecho de que el enfermo responda a él con resignación o con rebeldía.

Apenas parece necesario advertir que en la reacción personal de un enfermo a su enfermedad son más o menos discernibles dos momentos: la respuesta de ese enfermo al simple hecho de estarlo, por tanto a «la» enfermedad, y la respuesta a la certidumbre de padecer «tal» enfermedad. Hay personas a las que, si la dolencia es leve, no disgusta mucho estar enfermas; pero pueden sentirse enormemente molestas si la leve dolencia que sufren es un acné facial. En el extremo opuesto se hallan aquellas a las que, cualquiera que sea la enfermedad que padecen, y supuesta una gravedad semejante, lo que realmente contraría es el «estar enfermas».

Esto sentado, pienso que en el estudio de la reacción personal al estado de enfermedad deben ser desglosadas tres cuestiones principales: el condicionamiento de la respuesta, la estructura de ésta y su mecanismo psicoorgánico.

1. El condicionamiento de la respuesta

Frente al sentimiento subjetivo de la neumonía, la úlcera gástrica o la obsesión que él hace y padece, el enfermo responde de algún modo. ¿Cómo está

condicionado ese personal modo de responder? ¿Cuáles son las primeras instancias que intervienen en tal condicionamiento? A mi juicio, las cinco siguientes:

a. *Especie morbosa*

Además de dar lugar a un conjunto de síntomas subjetivos en alguna medida característicos, cada *especie morbosa*, bien por sí misma, bien por el grupo a que genéricamente pertenezca, suscita en quien la sufre una respuesta personal más o menos atribuible a lo que ella es. A través de la abigarrada diversidad de las respuestas individuales, algo tiene de específica la actitud frente a la certidumbre de padecer una tuberculosis pulmonar, la lepra o una enfermedad venérea. Pienso que los clínicos no han dicho sobre el tema todo lo que sobre él puede y debe decirse.

b. *Tipo biológico*

El *tipo biológico* del paciente. El sexo, la raza, la edad y el biotipo influyen de alguna manera en el modo de responder a «la» enfermedad y a «tal» enfermedad. Frente al dolor físico, valga este único ejemplo, se conducen de modo bien distinto el varón y la mujer. He aquí otro campo de investigación para quienes quisieran hacer una medicina verdaderamente humana.

c. *Situación socioeconómica*

No sólo sobre la frecuencia y el modo de enfermar influye la *clase social*, también sobre la conducta ante los sentimientos que la enfermedad determina. Recordemos los ya mencionados hallazgos de E. L. Koos acerca de la relación entre el nivel socioeconómico en que el paciente vive y la atribución de carácter morboso a determinados síntomas. No es nuevo, ciertamente, este hecho. Entre irónicos y realistas, varios pasajes de Platón –en la *República*, en las *Leyes*– dibujan magistralmente el contraste entre el modo de responder a la enfermedad los menestrales que, pese a ella, se ven forzados a seguir trabajando, y los opulentos ciudadanos que pueden recurrir a la que el filósofo llama «medicina pedagógica» y con motivo del más leve trastorno deciden llamar al médico (7). Tengo por seguro que una investigación semejante a la de Koos y relativa a cada una de las vivencias integrantes del fenómeno de la enfermedad –la invalidez, la molestia, la amenaza, la soledad, etc.– conduciría a resultados equiparables a los suyos. Muy sugestiva sería una monografía titulada *Clase social y sentimiento de enfermedad.*

d. *Situación sociocultural*

El *medio cultural* en que se ha formado y a que pertenece el enfermo influye poderosamente sobre su modo de sobrellevar e interpretar la enfer-

(7) Véase mi libro *La relación médico-enfermo.*

medad. Desde las llamadas «culturas primitivas» hasta hoy, nada más obvio. He aquí el sentimiento del dolor. ¿De qué modo responde a él quien lo padece? M. Zborowski ha estudiado en los hospitales de los Estados Unidos cómo se conducen frente al dolor los miembros de varios de los grupos culturales de la población norteamericana: italianos, judíos, irlandeses y *old americans*, americanos de cepa o «viejos americanos». Los italianos y los judíos exageran la expresión de su dolor; para ellos, quejarse no es cosa que socialmente descalifique. Los irlandeses suelen sufrirlo más estoicamente, y soportan bien no ser compadecidos: manifestar aparatosamente el dolor no les parece «decoroso». Los «viejos americanos», en fin, tratan de conducirse de manera «objetiva»: ante el dolor hacen lo que pragmáticamente parece ser más adecuado.

Los hábitos, las estimaciones éticas y estéticas y las creencias del grupo cultural a que se pertenece constituyen ahora la instancia decisiva en la modulación de la respuesta personal a la enfermedad. Por tanto, todos los conceptos elaborados por la psicología sociológica, la psicología profunda y la ciencia de la educación para dar razón de la conducta humana –sistemas del prestigio social, tabúes, mitos, inconsciente colectivo, arquetipos, etc.–, habrán de ser tenidos en cuenta a la hora de entender con suficiencia este ingrediente del cuadro sintomático. Como se ve, un tema de grandes posibilidades para la investigación clínico-antropológica.

e. *Personalidad individual*

Sobre el modo de responder personalmente al padecimiento de la enfermedad operan, por supuesto, todos los motivos específicos y típicos que acabo de apuntar. Pero en el seno de ellos siempre actuarán, tenues o vigorosas, más conscientes o más subconscientes, pero casi siempre decisivas, la actitud y la voluntad de la *personalidad del enfermo* y el consiguiente modo de vivir la situación biográfica y social en que se encuentra. Siendo yo varón, blanco, adulto de tal talla y tal peso, español del siglo XX, profesor universitario y titular de las apetencias y las frustraciones subconscientes que quieran atribuírseme, siempre resultaría que –salvo en el caso de que el dolor, a fuerza de intensidad, me venza– yo me quejaré si quiero y como quiera. O soportaré la sensación de invalidez, o capearé el sentimiento de amenaza. «Cada uno es cada uno», suele decir nuestro pueblo, y no constituye excepción el caso de la enfermedad.

Aludiendo sin duda a la conducta del varón estoico, Horacio nos dejó dos versos mil veces repetidos: «Si el universo, roto, se desmorona, –sus ruinas herirán al hombre impávido». Entre este modo de vivir la adversidad y el de quien hace de la queja su más frecuente hábito, todos los casos son posibles.

2. La estructura de la respuesta

En tanto que personal, la respuesta del enfermo a su dolencia expresa el modo de la apropiación con que la ha incorporado o está incorporándola a su

vida; por tanto, el hecho de que bajo forma de aceptación o de repulsa pueda hablar de «su» enfermedad. Pues bien, en la estructura de esa respuesta es posible distinguir cuatro ingredientes cardinales:

a. *Momento afectivo*

A través de un sentimiento determinado, simple en unos casos, complejo en otros, el paciente expresa cómo afecta a su persona la enfermedad que padece. La rebeldía, la aceptación resignada, el temor, la depresión, la apatía, la ansiedad, la desesperanza, el gozo larvado, la atención cognoscitiva, la infantilización...; he aquí algunas de las múltiples posibilidades de la afección personal ante el hecho somático y psíquico del accidente morboso. Todo clínico sensible y observador conocerá por experiencia estos posibles modos de la conducta psíquica ante el padecimiento de la enfermedad.

Apenas parece necesario añadir que las varias instancias del condicionamiento de la respuesta antes enunciadas tienen parte alícuota en la orientación y en la configuración de su momento afectivo.

b. *Momento interpretativo*

De modo tosco o sutil, simple o elaborado, el hombre es siempre *animal hermeneuticum*, animal capaz de interpretar el sentido de lo que ve, hace y padece, e incluso exigente de ello, cuando no se ve forzado por la urgencia inapelable de la acción inmediata. Así en el caso de la enfermedad. Además de responder afectivamente a su dolencia, el enfermo la interpreta, atribuye determinado «sentido vital», explícito y complejo unas veces, vago y simple otras, a la aflictiva vicisitud de padecerla.

Cuatro han sido a lo largo de la historia, a mi modo de ver, las más importantes interpretaciones típicas que el hombre ha dado al hecho de caer enfermo: el castigo, el azar y el reto, la prueba y el recurso.

1.ª En el primer caso, piensa y cree el hombre que está enfermo para expiar una culpa contraída en su relación con los poderes que de modo supremo rigen su vida. Cuando llegan al nivel evolutivo que los etnólogos denominan «cultura primitiva superior», todos los grupos humanos interpretan la enfermedad y el dolor como castigo de un pecado contra la divinidad, y así continúa sucediendo durante el periodo arcaico de las culturas que han llegado a más elevados niveles intelectuales y éticos. No de otro modo procedieron los griegos de que nos habla el canto I de la *Ilíada* ante la peste que les azotó, y así entendieron los asirios y babilonios cualquier enfermedad. Huella evidente de tal creencia hay en la pregunta que los discípulos dirigen a Cristo, ante el ciego de nacimiento: «Maestro, ¿quién ha pecado para que este hombre esté enfermo, él o sus padres?». Desde el sentimiento de su enfermedad, el paciente se ve entonces movido al examen de conciencia, al arrepentimiento y al sacrificio expiatorio. Muy claramente lo expresan, en relación con los males de

toda índole que afligen a Job, los amigos que se constituyen en conciencia suya y con él dialogan.

Erraría, sin embargo, quien pensase que sólo en el miedo del hombre arcaico a la acción rectora y punitiva de los poderes que le envuelven y dominan tiene su causa esa interpretación de la enfermedad y el dolor; y que, por consiguiente, tal interpretación desaparece tan pronto como la visión del mundo se desmitifica y racionaliza. Los análisis de la psicología profunda muestran que, conscientes o subconscientes, los sentimientos de culpa pueden tener acción nosógena. En el ejercicio de la conciencia moral intervienen, como sabemos, diversas estructuras orgánicas –neurofisiológicas, endocrinológicas; a la postre biológico-moleculares–, y esto hace que sus perturbaciones den a veces lugar a desórdenes orgánicos, y en último término a enfermedades propiamente dichas. Con lo cual el médico y el enfermo más racionalizados pueden llegar a la conclusión de que la mala conciencia –el sentimiento de culpa, la vertiente subjetiva de la mancha moral que la ética religiosa llama «pecado»– es causa o concausa de enfermedad. Lo que el hombre arcaico consideró «castigo», aparece como mera «consecuencia comprensible» ante la mentalidad científica del hombre actual. No todo era desmesura naturalista y médica en el escrito galénico *Sobre el diagnóstico y el tratamiento de los pecados propios de cada alma* (8).

2.ª La racionalización característica de la mente helénica llevó a considerar la enfermedad como la expresión de una forzosidad de la naturaleza (enfermedades por necesidad invencible o *kat' anánkên*) o de un azar técnicamente dominable (enfermedades *katà týkhên;* la vicisitud morbosa como in-fortunio o *a-tykhía*).

La enfermedad *kat' anánkên* podría ser el castigo de un pecado de *hýbris* (desmesura contra los límites que impone la ley de los dioses, dentro de la religiosidad olímpica, o contra los decretos inexorables de la divina *phýsis*, cuando la religiosidad griega se hizo filosófica e ilustrada); mas también sin culpa previa era posible para los griegos, y no sólo durante la época arcaica, enfermar por obra de la *anánkê phýseôs* o «forzosidad de la naturaleza». En tal caso, ¿podría tener la enfermedad algún sentido para quien la padeciera? Si era grande la sumisión del paciente a la religiosidad tradicional, sólo éste de bajar resignadamente la cabeza ante los designios inexcrutables de la divina y mayestática *phýsis*, y acaso pensar filosófica y trágicamente, con Anaximandro, que «en aquello de que las cosas tienen su origen, hacia ello acontece también su destrucción, según lo debido; porque las cosas pagan unas a otras por su injusticia, según el orden del tiempo» (D.-K. B1). Pero si, sin renegar formalmente de la religiosidad tradicional, era más laxa la sumisión a ella, entonces surgía en el paciente, con explicitud mayor o menor, el patético problema del dolor no merecido, la pregunta desazonante «¿Por qué yo, que no he transgredido la ley, como si fuera uno de los transgresores de ella estoy padeciendo

(8) Véanse mis libros *Ocio y trabajo* (cap. «La enfermedad como experiencia») y *La relación médico-enfermo*.

este dolor inexorable?». Tal fue uno de los más hondos y reiterados motivos de la tragedia griega –recordemos las desgracias de Orestes, de Antígona, de Filoctetes, de Ifigenia–, y en él tienen su nervio el «Poema del justo doliente», en la cultura asiriobabilónica, el planteamiento inicial del Libro de Job, en la de Israel, y la moderna consideración del dolor humano como un evento últimamente absurdo (Sartre, Camus).

Bien distinto era el caso de las enfermedades *katà tykhên* o por azar. Tales dolencias, pensaba el griego, surgen pudiendo no haber surgido, no son la consecuencia de un inexorable decreto de la naturaleza; por tanto, el médico puede evitarlas, si conoce el mecanismo de su producción, y curarlas mediante su saber técnico, si éste le permite establecer un diagnóstico correcto. Cambia radicalmente, pues, la actitud del paciente y del médico ante el problema del sentido del enfermar. La enfermedad, en efecto, es vista ahora como un reto a la capacidad de la inteligencia humana para ordenar satisfactoriamente la vida de la humanidad. Así la consideró el autor del escrito hipocrático *De prisca medicina*, y no es otra, bien mirada, la actitud del médico actual cuando desde dentro le anima el *ethos* del hombre de ciencia. En tanto que acontecimiento azaroso, la enfermedad puede ser científicamente explicable, aunque a primera vista no sea teleológicamente comprensible; pero en el proceso de la realización histórica del género humano, la pregunta por el «para qué» del accidente morboso tiene la respuesta que sumariamente acabo de indicar. Reaparecerá el tema en páginas ulteriores.

La tan general y tan justificada atribución de eficacia nosógena al estrés que impone la vida actual, principalmente en la gran ciudad, está matizando de modo nuevo la vivencia del carácter azaroso del enfermar: más o menos conscientemente, no pocos hombres sienten la enfermedad como el reato de pertenecer a una sociedad que tan duramente exige el esfuerzo cotidiano –con lo cual cobraría forma inédita el concepto zubiriano del «pecado histórico»– o como el precio que debe pagarse por la entrega apasionada al goce de vivir o a la conquista del éxito. El infortunio de padecer enfermedad queda así social e históricamente racionalizado. No sería ilícito hablar de una versión histórica y social del texto de Anaximandro antes citado.

3.ª No pocos hombres y grupos humanos han visto en la enfermedad una prueba, a través de la cual puede el paciente alcanzar mérito o caer en demérito.

Mérito o demérito para el creyente en una vida transmortal ha tenido con frecuencia el enfermar. A veces, en forma desmesurada, como en San Bernardo, que en su comentario al Salmo «Yo estoy en El en el dolor» llega a escribir: «Señor, regálame perpetuamente el sacrificio para que Tú siempre estés conmigo». De modo menos extremoso, y frente a la enfermedad que por azar se padece, en otros casos: por ejemplo, el que ilustra Pascal con su Prière *pour demander à Dieu le bon usage des maladies*. Nada más fácil que encontrar expresiones semejantes a éstas en los textos ascéticos cristianos y musulmanes. E incluso en el Antiguo Testamento, si a esta luz se considera cómo es resuelto el problema moral de Job.

Mas no sólo entre los creyentes en una vida ultraterrena es posible la consideración de la enfermedad como prueba; también entre personas de mente por completo secularizada, como el estoico o el *dandy* que ven en el enfermar un trance en que mostrar su capacidad para soportar la adversidad con fortaleza o con elegancia. Cabe incluso decir que son incontables los enfermos para los cuales, sin mengua de su voluntad de sanar, es causa de distinción moral la dolencia que sufren.

4.ª Toda situación nueva, decía yo páginas atrás, puede ser y es con frecuencia ocasión para hacer algo en que la novedad sea utilizable por el sujeto; hasta cuando tal novedad es básicamente aflictiva y perjudicial. «No hay mal que por bien no venga», dice el optimismo socarrón de nuestro pueblo. La enfermedad, por supuesto, no es excepción a esta regla.

No me refiero ahora a las neurosis y a las enfermedades en las cuales un *arrangement* subconsciente hace de la dolencia refugio, sino a la utilización consciente e intencionada de ella; en ocasiones con propósito ruin, como acontece en quienes aprovechan el accidente morboso para quedar exentos del cumplimiento de un deber; a veces con miras harto más elevadas, como sucede en los que cumpliendo, sabiéndolo o no, la consigna de Novalis –conocer y practicar «el arte de utilizar las enfermedades»–, logran convertir la enfermedad en motivo para una vida creadora. Hablen por todos ellos el propio Novalis, Nietzsche y Teresa de Lisieux.

Debo añadir que estas interpretaciones típicas de la experiencia del enfermar pueden recibir versiones distintas; no sólo por el contenido que cada biografía y cada situación pongan en ellas, también por su formalidad y su sentido. Tres son, a mi juicio, las formas cardinales que en el curso de la historia ha revestido cada una de tales interpretaciones: la mágica, la religiosa *stricto sensu* y la científica; y apenas parece necesario decir que las tres pueden combinarse entre sí del modo más variado y pintoresco. Describiendo lo que en una aldea china es –o era– una epidemia de cólera, el antropólogo Hsu ha escrito que el chino tradicional acepta la ciencia, cuando la ciencia se disfraza de magia, y el occidental la magia, cuando la magia se disfraza de ciencia; lo cual indica que en las ideas científicas del chino iletrado y del occidental inculto tienen que mezclarse con frecuencia, bajo uno u otro ropaje, la ciencia y la magia. Súmese a esto la parte que en el proceso mental pongan las creencias religiosas del sujeto en cuestión, según sea cristiano, musulmán, budista, etc., y se tendrá la clave de las incontables versiones populares que aquellas cuatro interpretaciones cardinales de la enfermedad reciben en el alma del enfermo.

c. *Momento operativo*

El enfermo comunica o no comunica su estado a los demás, decide guardar cama o seguir en pie, emprende tal o cual práctica mágica, religiosa o científica, resuelve llamar o no llamar al médico, etc. Basta tan rápida enumeración para mostrar la compleja estructura de motivos y mecanismos que late en el seno de cada una de esas respuestas.

d. *Momento moral*

Va implícita en todo lo dicho la afirmación de que en la respuesta personal a la enfermedad –aunque tal respuesta no pase de ser una quieta y callada actitud– hay siempre un ingrediente de carácter moral. De modo tenue en unos casos, de modo dramático en otros, padecer y hacer humanamente una enfermedad y responder personalmente a ella es siempre, en el más estricto sentido de la expresión, una prueba moral, un problema de conciencia. También el estar enfermo tiene su ética, y tal es la razón por la cual ha habido y habrá siempre –dentro de las pautas morales y sociales de cada grupo humano– «buenos enfermos» y «malos enfermos».

3. El mecanismo de la respuesta

Siente el enfermo su enfermedad, y de manera más o menos consciente y deliberada responde a ella. ¿Cómo? ¿Qué pasa en él psicoorgánicamente cuando se produce esa respuesta?

Por modo a la vez consciente y subconsciente, todas las estructuras de la realidad humana –muy en especial las impulsivas, las signitivas, las expresivas y las pretensivas– y todos los momentos estructurales de la intimidad –idea de sí mismo, ejercicio de la libertad, vocación personal, creencias vivas, proyectos y esperanzas, amores y odios–, todo, en suma, lo que el paciente ha sido y está siendo, interviene coordinada y unitariamente en su respuesta al sentimiento de su enfermedad. El estudio de lo que antropológicamente es la relación entre el enfermo y el médico nos dará ocasión para conocer con precisión mayor lo que ahora no puede pasar del mero esbozo indicativo.

4. Subjetividad y objetividad de la respuesta

El sentimiento de la enfermedad es el aspecto fenoménico y subjetivo de la percepción del cuerpo propio, cuando éste se halla enfermo. El mecanismo psicoorgánico de ese sentimiento y de la respuesta a él es el aspecto objetivo y científico-natural de tal percepción. Ambos modos de conocer el estado de enfermedad, ¿deben ser considerados como saberes meramente contrapuestos, en cuanto que pertenecientes a dos mundos incomunicables entre sí? El diálogo entre los neurofisiólogos y los psicólogos conductistas, por un lado, y los fenomenólogos y los psicólogos de la comprensión, por otro, ¿será no más que el imposible entendimiento mutuo de quienes para comunicarse entre sí se ven forzados a hablar lenguas distintas? No lo creo. Frente a Heidegger, que como filósofo parece ciego para la realidad del cuerpo humano, y frente a los fisiólogos y patólogos que en el pensamiento de los filósofos sólo saben ver un juego verbal obvio o artificioso, pienso que, en la medida de lo posible, ambos dominios y ambos modos del saber deben ser unitariamente integrados. Tal ha sido

el proceder de Bergson, Merleau-Ponty, Popper y Zubiri, entre los filósofos, y el de von Weizsäcker y sus seguidores, Thure von Uexküll, Buytendijk, Eccles, Rof Carballo, García-Sabell y Barraquer-Bordas, entre los fisiólogos y patólogos, y tal es el propósito central de este libro mío.

Como resumen de todo lo expuesto, y con todas las reservas que a la esquematización excesiva deben oponerse, tal vez no sea inútil reducir gráficamente la estructura de la enfermedad humana al triángulo adjunto (fig. 1). El vértice superior, CI, representa la causa inmediata de la enfermedad, el resultado de conjugarse, bajo forma de alteración anatómico-funcional, la situación causal externa (agente microbiano o tóxico, golpe de calor, puesto en la sociedad, trauma psíquico, etc.) y la causa dispositiva o interna (constitución orgánica, estado ocasional, psíquico y somático, del organismo). Uno de los vértices inferiores R P-O, es la reacción a esa causa inmediata; reacción orgánica y psíquica a la vez, cuya figura queda básicamente determinada por la constitución específica, típica e individual del paciente; esto es, por su condición genérica de hombre y por su edad, raza, sexo, biotipo y pasado biológico (inmunidad, hipersensibilidad alérgica, etc.). El otro vértice, RP, es la reacción personal, constituida y expresada como queda dicho y determinada por las estructuras anímicas en que se realiza la condición de persona del ser humano: conciencia psicológica, inconsciente personal, creencias vivas, idea de sí mismo y de la propia situación en el mundo, proyectos y dilecciones personales, estructura biográfica del curso vital, contenido de la propia biografía. Las flechas adosadas a los lados del triángulo indican la mutua relación operativa entre estos tres momentos dinámicos de la enfermedad. La causa inmediata (CI) determina

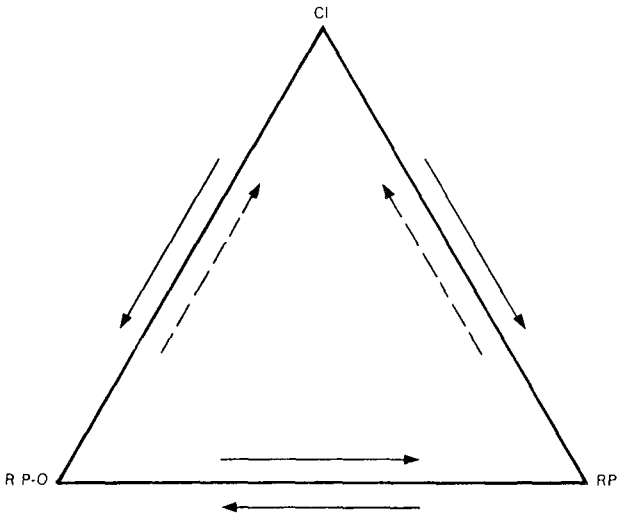


Fig. 1

a la vez una reacción orgánica de índole psicosomática (R P-O) y una reacción personal (RP), las cuales actúan una sobre otra y –en cierta medida– reobran sobre la causa inmediata. El organismo, la psique y la condición personal del enfermo configuran así el contenido y la apariencia del cuadro clínico.

Dos preguntas complementarias se imponen ahora. ¿Cómo tiene que estar constituida la realidad de mi cuerpo para que yo la viva como realmente la vivo? ¿Cómo puede llegar y efectivamente llega a ser conocimiento subjetivo, conciencia psicológica, el proceso neurofisiológico por el cual los animales superiores y el hombre, aquéllos de modo sólo sensitivo, éste de modo a un tiempo sensitivo e intelectivo, perciben su propia realidad corporal? Para todos los participantes en el diálogo de que antes hablaba, dos cuestiones estrictamente ineludibles. Pero la respuesta a ellas nunca podrá ser *meramente* científica, habrá de ser *también* filosófica. Lo cual nos conduce directamente a un nuevo tema: la metafísica de la enfermedad.

CAPITULO 5

Física y metafísica de la enfermedad humana

El empleo de los términos «física» y «metafísica» en el precedente título exige ciertas precisiones conceptuales para que el lector médico, movido por el significado que muchas veces se les atribuye, no malentienda el más técnico con que yo quiero usarlos.

En el sentido etimológico y tradicional de la palabra «física» –*tà physikà*, las cosas concernientes a la naturaleza–, «física de la enfermedad humana» no es un conocimiento de ella puramente atenido a los principios y los métodos de la ciencia a que desde el siglo XVIII damos ese nombre, sino el saber que acerca del enfermar nos concede su estudio según las diversas ciencias que tienen como objeto la naturaleza humana; por tanto, las ciencias naturales en sentido estricto (física, química, biología) y las llamadas ciencias del hombre (psicología, sociología, historia, filología, etc.). La física de la enfermedad humana viene a ser, pues, la respuesta a la interrogación siguiente: «Directamente observado y científicamente estudiado, ¿cómo es y qué es ese estado de la vida del hombre que denominamos enfermedad?».

Mayor cautela pide la aproximación al término «metafísica». Es sabido que su primer sentido fue meramente clasificatorio y espacial. Andrónico de Rodas, compilador de la obra de Aristóteles para un bien ordenado manejo de toda ella, llamó *metà tà physikà*, «los libros que vienen después de los de tema físico», al tratado entonces sin nombre y hoy conocido con el de «Metafísica». No puede así extrañar que desde la primera mitad del siglo XIX, bajo la poderosa influencia del positivismo, con frecuencia haya sido usada esa palabra para designar –despectivamente, tantas veces– la condición y el conocimiento de las hipotéticas y científicamente inaprensibles realidades situadas «más allá» de las que la ciencia puede estudiar: el «espíritu», en su acepción de realidad inmaterial. No es ésta la significación con que los filósofos no positivistas la emplean. Y aunque los modos de concebir tal significación hayan sido muy va-

rios, acaso no sea ilícito reducirlos todos a la fórmula siguiente: «Metafísica es la respuesta filosófica a esta interrogación: ¿Cómo tiene que estar constituida la realidad en cuanto tal para que la parcela de ella que yo estudio se presente a mis sentidos y a mi mente como la experiencia y la ciencia me dicen?». No se trata, pues, de la especulación acerca de «algo» situado «más allá» de la física, sino del nunca acabado conocimiento –«la ciencia que se busca», llamó Aristóteles a la que nosotros llamamos «metafísica»– de «las realidades» que la ciencia estudia, pero desde el punto de vista de «su realidad», y por tanto de «la realidad en cuanto tal». He aquí, pues, la forma particular que en nuestro caso adopta la interrogación anterior: «¿Cómo tienen que estar constituidas la realidad en general y la realidad del hombre para que la enfermedad se me presente como directamente lo hace y según lo que de ella me enseña la ciencia?».

En los tres capítulos precedentes he expuesto mi idea de lo que es esa «física de la enfermedad». En las páginas que subsiguen mostraré cómo la metafísica de la enfermedad puede ser entendida hoy.

I. LA ENFERMEDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA DE «LO QUE ES»

Como en ocasiones anteriores, debo comenzar distinguiendo las dos vías cardinales que puede seguir el estudio de cualquier materia tocante a la realidad y la conducta del hombre: la vía de «lo que es» y la vía de «lo que soy». Por una parte, lo que es: lo que está ahí, lo que como objeto del mundo en que vivo veo con mis ojos y toco con mis manos. La realidad, en tal caso, se me muestra como un objeto, por tanto objetivamente; así la han estudiado la ciencia natural de todos los tiempos, la metafísica helénico-medieval y, no obstante su idealismo, la metafísica moderna; y en consecuencia así ha visto al hombre y a la enfermedad la medicina académica o tradicional. Por otro lado, lo que soy: lo que mi conciencia me dice acerca de mi realidad y, por extensión, de la realidad de los demás hombres. Aparte los importantes matices individuales, tal es el punto de vista genérico de la filosofía husserliana y post-husserliana: el propio Husserl, Scheler, Heidegger, Jaspers, Sartre y Merleau-Ponty han sido sus más destacadas figuras. Por las razones que diré, deben quedar aparte la filosofía de la razón vital de Ortega y la metafísica realista de Zubiri. A la visión del hombre propia de esta segunda vía pertenece no poco de lo que contienen las páginas precedentes; y a lo que sobre la enfermedad puede según ella decirse será consagrado el subsiguiente parágrafo.

Examinemos ahora la enfermedad humana desde el punto de vista de *lo* que es. Ante mí hay un hombre enfermo. En tanto que objeto de mi conocimiento, ¿qué puedo decir yo acerca de su realidad como tal enfermo, y cómo mi idea de la realidad en general puede ser marco teorético de lo que a tal respecto diga?

El más elemental conocimiento de la historia del pensamiento filosófico hace ver que son posibles muchas respuestas: la aristotélica, la cartesiana, la

leibniziana, la kantiana, la hegeliana, la comtiana, la bergsoniana, la marxiana. Para un teórico de la medicina sensible a la historia, nada más atrayente que examinar esa sugestiva serie de respuestas, mediante la adecuada conexión entre los textos de los respectivos filósofos y la obra escrita de los médicos que más o menos deliberadamente han aplicado a la patología el pensamiento de aquéllos: los médicos medievales, el del Aristóteles que les ofrece la filosofía escolástica del siglo XIII; los iatromecánicos, el de Descartes; Stahl y Hoffmann, el de Leibniz; los patólogos de la *Neue Wiener Schule*, el de Kant; los secuaces de la *Naturphilosophie*, el de Hegel y el de Schelling; los médicos positivistas, el de Comte; von Monakow, el de Bergson; los patólogos de los países socialistas, el de Marx.

No es éste lugar idóneo para el cumplimiento de tan extenso programa. A título de ejemplo, me limitaré a exponer los rasgos principales de la metafísica aristotélico-escolástica de la enfermedad. Tomás de Aquino, por el lado filosófico, Arnau de Vilanova y Pietro d'Abano, por el médico, son las fuentes de que mi exposición procede y los fundamentos sobre que descansa.

1. La enfermedad, accidente modal

Para Aristóteles y los escolásticos, la metafísica o *prima philosophia* es pura y exclusivamente ontología, teoría del ser. Se trata, pues, de conocer lo que para aquéllos fue el ser de la enfermedad; más precisamente, de señalar las líneas principales de la *ontología aristotélico-tomista de la afección morbosa*.

En cuanto ente, ¿qué es la enfermedad? Punto de partida para la respuesta fue, como es obvio, la idea aristotélico-escolástica de lo que antes he llamado «física de la enfermedad», el modo como los médicos escolásticos entendieron científicamente la afección morbosa; y puesto que, con cuantas novedades se quiera, hay mentes en las cuales ese pensamiento perdura, también el modo como la patología científico-natural o académica hoy vigente concibe dicha afección. En suma: la enfermedad como modo de ser de todo posible enfermo –*morbus in genere*, concepto universal de la enfermedad– y en tanto que realidad objetiva susceptible de observación inmediata (*experimentum*) y de intelección científica (*ratio*).

La observación inmediata nos hace ver un hombre enfermo. La intelección científica nos lleva a entender la realidad individual de ese hombre según los diversos modos típicos con que la afección morbosa se presenta y conforme a un concepto de ella que universalmente englobe todos esos modos típicos de enfermar. Bajo las enormes novedades que trae el progreso científico, así viene aconteciendo desde el siglo XIII hasta hoy. Arnau de Vilanova, por ejemplo, pensará que el *genus supremum* de la enfermedad, entendido según la definición galénica antes expuesta, se realiza en los *genera subalterna* que él llama *morbi consimiles*, *morbi officiales*, *morbi communes* y *morbi compositi*, éstos en las diversas *species morbosae* que él conoció, y por fin en cada uno de los individuos que la padecen: *este* neumónico, *este* leproso. Por su parte, un médico

de nuestro siglo entenderá el género supremo de la enfermedad con arreglo a cualquiera de las definiciones antes consignadas (más próxima a nosotros, la de P. Rössle, en la *Pathologische Anatomie* que dirigió L. Aschoff: «la serie de manifestaciones vitales anormales que se origina como consecuencia de una lesión y por la imposibilidad de una adaptación del organismo suficientemente rápida»), verá como géneros subalternos de ella los grandes capítulos en que ordenan su materia los tratados de patología especial («enfermedades del aparato digestivo», «enfermedades del sistema nervioso», «enfermedades infecciosas», «enfermedades del metabolismo», etc.) y concebirá como especies de estos géneros las entidades nosográficas que dichos tratados describen (cáncer de estómago, esclerosis lateral, fiebre tifoidea, diabetes sacarina, etc.); entidades específicas individualmente realizadas en cada uno de los enfermos que él contempla en su práctica y con esos nombres diagnostica: *este* canceroso de estómago, *este* tífico o *este* diabético.

En esa física de la enfermedad tiene su fundamento empírico y científico la metafísica de ella correspondiente al pensamiento aristotélico; pensamiento cuya ontología asienta, como se sabe, sobre la concepción de la realidad según las básicas nociones de «sustancia» y «accidente». El problema, por tanto, es éste: admitiendo que la realidad tiene que ser sustancia o accidente, ¿qué cabe decir en la alteración que en el individuo enfermo pone la enfermedad? En tanto que ente, ¿qué es el *ens morbi*?

Creo que la respuesta puede ser ordenada en los siguientes puntos:

a. *No es «ente de razón»*

La enfermedad, por lo pronto, es «ente real», no «ente de razón»; existe fuera del entendimiento que lo piensa, no sólo en él, como los conceptos de la lógica. Para un escolástico nominalista –o para un patólogo actual que piensa ser consecuente con la tan difundida sentencia «No hay enfermedades, sino enfermos»– serían entes de razón las «especies morbosas», como la neumonía o la fiebre tifoidea, mas no la afección morbosa del enfermo individual; tesis de la cual no dista mucho el realismo moderado de Santo Tomás, para quien los géneros y las especies se hallan más en la intención de la mente razonadora que en la naturaleza misma de las casas. En cualquier caso, tanto para el pensador escolástico como para el patólogo actual que sabiéndolo no siga tal filosofía, la alteración que en su ser muestra el individuo enfermo es «cosa real», existe objetivamente ante los ojos y la mente de quien la contempla y estudia.

b. *No es «realidad sustancial»*

Exclusivamente atenido a la alteración morbosa del sujeto que ante él tiene, ¿qué dirá el médico cuya inteligencia se halle así orientada? Dirá que la realidad propia del ente real a que llamamos «enfermedad individual» no es la de la «sustancia», la que poseen los entes que existen por sí mismos, sino la del «accidente». La enfermedad no es sustancia primera (la propia del indi-

viduo natural: *este* caballo), ni es sustancia segunda (la que para los filósofos no nominalistas poseen los géneros y las especies: *el* caballo). En términos actuales: la enfermedad, el *ens morbi* en cuanto tal, no su causa externa o su causa inmediata, no es un parásito del sujeto que la padece, como de una u otra manera afirmaron el ontologismo nosológico de Paracelso y van Helmont y la *Naturphilosophie* de Jahn. Ni siquiera cuando la causa inmediata de la afección morbosa parece hallarse muy bien localizada. La enfermedad de un canceroso de estómago sin metástasis tumorales no es el cáncer mismo, actuando como parásito morboso del resto del organismo, sino la alteración que en la totalidad del enfermo produce, en tanto que causa inmediata de su trastorno, el cáncer localizado en su estómago.

c. *No es «accidente predicamental»*

La realidad propia de la enfermedad individual es, pues, la del «accidente», es decir, la de los entes reales que sólo la poseen en tanto que modos de realizarse una sustancia. Estar sentado un hombre es, desde luego, algo real; pero la realidad del estar sentado no pasa de ser un modo de realizarse la sustancia primera del sujeto *sedente*. A *este* género de entes reales les llamó Aristóteles «categorías», las nueve de su clásica enumeración: cantidad, cualidad, relación, hábito, tiempo, posición, estado, acción y pasión. Son los «accidentes predicamentales» de los aristotélicos de la Edad Media.

Accidentes predicamentales: los distintos modos de ser que necesariamente han de predicarse de una sustancia. En tanto que sustancia, un individuo humano tiene que ser más o menos alto (cantidad), moreno o rubio (cualidad), estar sentado, acostado o en pie (posición), etc. ¿Puede decirse esto de la enfermedad? ¿Es la enfermedad algo que del individuo humano necesariamente tenga que predicarse? En modo alguno. Pobre del hombre, si así fuera. Sólo metafóricamente, recuérdese, puede decirse que el hombre es un animal enfermo. No: entendida como afección morbosa individual, la enfermedad no es un accidente predicamental de la sustancia de un «individuo humano».

d. *No es «propiedad»*

Al lado de los «accidentes predicamentales» se hallan los «accidentes predicables», modos de la sustancia que pueden ser, pero que no tienen que ser predicados de ella; o, con otras palabras, que se derivan necesariamente de «lo que es» aquello de que se habla, de su esencia, pero que en su realización concreta no pertenecen necesariamente a ella. Son la «propiedad», en el sentido escolástico del *proprium* y la *proprietas*, y el «accidente modal».

Llamaron los pensadores medievales *proprietas*, «propiedad», a lo que un ente individual o específico –*este* hombre o *el* hombre– puede por esencia poseer o hacer, aunque el hecho de poseerlo o hacerlo en un determinado momento no le sea estrictamente esencial. La realidad del hecho de reírse –que *este* hombre de hecho se ría– no consiste en que *el* hombre, por imperativo de

su esencia, tenga que reírse, en que no pueda existir como tal hombre más que riéndose, sino en que está en aquel momento riéndose porque a la esencia del hombre, a lo que por esencia el hombre es, pertenece la «propiedad» de poder reírse, la *risibilitas*. Esta es, pues, accidente predicable, «propiedad» –en el sentido escolástico del término– de la naturaleza específica del hombre. Es hombre el hombre en cuanto que *tiene que* ser alto o bajo y en cuanto que *puede* reírse; aparte, claro está, los restantes predicamentos y las propiedades específicas distintas de la *risibilitas* (1).

En cuanto que accidente predicable de ella, ¿será la enfermedad una «propiedad» de la naturaleza humana? Evidentemente, no. El hombre *puede* reírse, más aún, no puede no poder reírse, pero *no tiene que* reírse. Del mismo modo, el hombre *puede* enfermar, más aún, no puede no poder enfermar, pero en modo alguno tiene que enfermar, y así lo demuestran los que en todo el curso de su vida no han estado enfermos. Lo que sí se deriva esencialmente de la condición humana –y no en tanto que humana, sino en tanto que viviente– es, como sabemos, la enfermabilidad, «propiedad defectiva» de algo que el hombre por esencia es: un ser vivo.

e. *Es «accidente modal»*

No siendo propiedad de la sustancia individual y específica del sujeto que la padece, la enfermedad tiene que ser «accidente modal», segundo de los modos del accidente predicable. Por tanto, una alteración accidental de la naturaleza del enfermo que no constituye propiedad, pero que manifiesta de manera concreta y más o menos duradera una propiedad suya –la enfermabilidad–, y se constituye y revela a través de los diversos accidentes predicamentales o categorías aristotélicas: cantidad, cualidad, relación, hábito, etc. En la terminología escolástica, un *accidens accidentium*, un accidente modal de los distintos accidentes predicamentales. Lo cual hace que los síntomas, a los que los médicos medievales llamaban *accidentia*, «accidentes», traduciendo al latín el término aristotélico y galénico *symbebêkós*, sean reduplicativamente, *accidentia accidentis accidentium*, accidentes del accidente modal, el estado morboso, que es la enfermedad individual.

Pasemos ahora de la especulación ontológica a la realidad empírica que el médico contempla y conoce. Para expresar ontológicamente que la realidad individual de Juan se halla morbosamente alterada, empleamos el verbo «ser» y decimos «Juan es diabético», expresión formalmente equiparable a «Juan es músico»; en ambas nombra el verbo «ser» un accidente modal de la sustancia de Juan. Otro es el significado de ese verbo en los asertos «Juan es extenso» y

(1) El concepto de la *proprietas* como accidente predicable de la sustancia no coincide, por supuesto, con el que con el nombre de «propiedad» designa la ciencia actual. El cloruro sódico tiene la propiedad de ser blanco y la de cristalizar en cubos, notas éstas que pertenecen a la esencia de dicha sal. En tal caso y en todos los a él semejantes, la propiedad es –dentro de una ontología aristotélico-escolástica– el modo específico de realizarse uno o más accidentes predicamentales: cantidad, cualidad, etc. No es éste el caso de la *proprietas* como accidente predicable.

«Juan es racional»; en estos dos casos el verbo «ser» nombra, en efecto, no accidentes modales, sino accidentes predicamentales, predicamentos, porque Juan, que puede no ser enfermo o no ser músico, no puede no ser extenso y racional. El enfermo puede curarse enteramente de su enfermedad y el músico olvidar por completo su música; pero, gigante o enano, todo hombre será por esencia extenso, como por esencia es racional, unas veces como genio de la inteligencia y otras como oligofrénico. El uso del verbo «estar» (más que «ser», se «está» –se «está siendo»– enfermo o músico) permite muy bien advertir la diferencia entre la realización de la sustancia en el predicamento y en el accidente modal.

2. Individualidad, causación y fisiopatología

A la ontología aristotélico-escolástica de la enfermedad pertenece también una determinada idea de *la individualidad, la causación y la fisiopatología de la afección morbosa*. Unas palabras acerca de cada uno de estos puntos.

a. *La individualidad del enfermar*

Fuese o no fuese nominalista, la ontología medieval –y, a su modo, la que implícitamente rige el pensamiento nosológico de muchos patólogos actuales– entendió la *individualidad del enfermar* con arreglo a la fórmula escolástica del principio de individuación: *materia signata quantitate*, analógicamente trasladada al caso del accidente modal. La realidad de una sustancia primera, un caballo, por ejemplo, se individualiza por la cuantía con que en el caballo en cuestión se hacen reales los distintos predicamentos: cantidad (el caballo es más o menos grande), cualidad (siendo castaño, el caballo lo es más o menos intensamente), tiempo (este caballo ha nacido antes o después), etc. Asimismo, la realidad del accidente modal «enfermedad» se individualiza en el sujeto que la padece por la cuantía o la intensidad con que tal accidente se hace concretamente real a través de la peculiaridad de cada uno de los predicamentos en la constitución de la especie humana: hígado más o menos dilatado (afección de la cantidad del sujeto), fiebre más o menos alta (afección de su cualidad), ocasión y orden cronológico de los síntomas en que se expresa (afección del predicamento tiempo), etc. Concebido como soporte sustancial de sus accidentes predicamentales (cantidad, cualidad, etc.) y predicables (en este caso, la enfermabilidad y la enfermedad, ambas en tanto que individualizadas), el enfermo es el *subiectum* de la inhesión de unos síntomas configurados en *genera* y *species* e individualmente distintos entre sí por la cuantía de su intensidad, por la ocasión en que se presentan y por la velocidad con que transcurren. Pero, ¿y si el problema metafísico de la individuación careciese de sentido, porque en el mundo real no existen sino entes individuales y singulares? ¿Y si, por otra parte, la materia a que la individuación se refiere no fuese sólo *signata*, pasivamente afectada por su cuantificación, y fuese también, y aun por modo prepon-

derante, *signans*, activamente creadora de muchas de sus determinaciones cuantitativas? Puesto que tal es el caso del hombre, necesariamente hay que examinar esta posibilidad. Así lo hicimos al estudiar el problema de la nosogénesis y el de la configuración del cuadro clínico.

b. *Causación de la enfermedad*

Naturalmente, también el problema de la *causación de la enfermedad* tiene su versión metafísica. La física de tal causación es la que bajo el epígrafe de «etiología» y «patogenia» se estudia en los tratados de patología general: causas de la enfermedad externas e internas y próximas o remotas, agentes etiológicos diversos, mecanismos de acción de las causas próximas. Por su parte, la filosofía aristotélica vio la causa en general como principio de la producción de un ser sustancial o de un movimiento, en las distintas formas de éste (el movimiento cualitativo, como la maduración de un fruto; el cuantitativo, como el crecimiento; el local o traslación en el espacio; el sustancial, paso del no ser al ser, génesis, y del ser al no ser, corrupción) y la entendió como integración de los cuatro modos en que se diversifica: causa eficiente (la que da origen al ser o pone en marcha el movimiento, en cualquiera de las cuatro formas antes consignadas), causa material (aquello de que está hecho lo que se mueve o llega a ser), causa formal (la configuración externa e interna de lo que del movimiento resulta) y causa final (el fin a que el movimiento o el cambio de ser tienden). El golpe del cincel del escultor es la causa eficiente de la estatua; el mármol, su causa material; la figura de ella, su causa formal; la función que la estatua cumple, su causa final.

Dos conceptos cardinales permiten relacionar entre sí el movimiento y la causa, el de «potencia», lo que puede ser en tanto que está pudiendo ser, y el de «acto», lo que efectivamente está siendo. La bellota, por ejemplo, es encina en potencia, y la encina ya crecida, encina en acto. El movimiento es así la actualidad de la potencia en tanto que potencia, el estar llegando a ser algo pudiendo llegar a serlo; y el fin del movimiento, el acto en que éste se consuma. La germinación y el crecimiento de la bellota son el movimiento desde la encina en potencia que ella es hacia la encina en acto. «Ser en potencia» y «ser en acto» se han convertido en expresiones tópicas y aun coloquiales, después de haberlo sido puramente ontológicas.

Modos del movimiento, modos de la causa, ser en potencia, ser en acto. Sobre el fundamento de este entramado de conceptos se construyó en la Antigüedad clásica, sobre todo ya al final de ella, por obra de Galeno, y en la Edad Media, durante la cual se latinizó y escolastizó el pensamiento galénico, el esquema conceptual de la etiología médica: causas externas o ambientales, internas o dispositivas y conjuntas o inmediatas de la enfermedad, producción de los desórdenes fisiopatológicos y de los síntomas en que la enfermedad se realiza y expresa. La influencia de esta doctrina etiológico-ontológica ha sido enorme, incluso entre los patólogos abiertamente antigalénicos y posgalénicos; y si el lector quiere tomarse la molestia de comparar el esquema conceptual de

la etiología galénica y el que exponen los tratados de patología hoy vigentes –pasando, como es obvio, de los nombres originarios a lo que esos nombres hoy significan–, no le será difícil descubrir la ontología que tácitamente subyace en el segundo.

c. *Consistencia real de la enfermedad*

Dos disciplinas, complementariamente relacionadas entre sí, estudian hoy la *consistencia real del desorden morboso:* la anatomía patológica y la fisiopatología; y mientras tuvo vigencia expresa la ontología aristotélico-escolástica –vigencia tácita la sigue teniendo en la mente de no pocos patólogos–, de las dos dio razón filosófica esa ontología. Veamos cómo.

Desde tal punto de vista, la enfermedad individual es, recordémoslo, un accidente modal de la sustancia primera del individuo que la padece. Ahora bien: ¿cómo esa transitoria y accidental realidad de la afección morbosa se constituye y expresa en la de la sustancia a que afecta? Muy en esquema, la respuesta puede ser ordenada en los siguientes pasos:

1.º El «ser real» de la enfermedad –el ser del accidente modal cuyo sujeto es el individuo enfermo– es entendido como una alteración de la «naturaleza» de éste. Heráclito y Parménides pusieron en marcha la concepción ontológica de la filosofía diciendo «ser» *(einai)* donde los más antiguos pensadores presocráticos habían dicho «naturaleza» *(phýsis);* y como asumiendo unitariamente las dos primeras etapas de ese originario proceso de la inteligencia occidental, los teóricos *more hellenico* de la enfermedad –sucesivamente: los médicos hipocráticos, Galeno, Avicena, Arnau de Vilanova, Pietro d'Abano– referirán el ser de ésta a la naturaleza del sujeto paciente. En consecuencia, la ontología de la afección morbosa se expresará en términos de *physiologia,* en el más antiguo sentido de esta palabra, y será una *physiopathologia* a la vez anatómica (nuestra anatomía patológica) y funcional (nuestra fisiopatología).

2.º La alteración de la naturaleza del enfermo en tanto que enfermo se aparta cualitativa y cuantitativamente de los límites de todas las que en el sujeto sano acontecen *secundum naturam (katà phýsin),* y en consecuencia reviste un carácter formalmente *praeter naturam (parà physin).* La preternaturalidad, el hecho de oponerse al buen orden de la naturaleza específica e individual de quien la padece –o de apartarse habitualmente de él, al menos–, es nota esencial de la enfermedad, y así lo declara la antes transcrita definición galénica.

3.º La preternaturalidad del desorden morboso es por esencia lesiva, daña a la naturaleza del sujeto paciente. Lo cual quiere decir que, en tanto que perteneciente a un ser vivo, la naturaleza del hombre es constitutivamente vulnerable, y que una de las formas en que se manifiesta tal propiedad defectiva es la «enfermabilidad» o ingénita disposición física del ser humano al padecimiento de enfermedad. ¿Cómo puede ser filosóficamente entendida la enfermabilidad de la naturaleza humana? Para responder a esta interrogación, el pensador es-

colástico se sintió obligado a pasar de la patología a la ética, y de la ética a la religión y la teología. La enfermedad, en efecto, es un «mal físico», y la consideración de éste plantea el problema de su sentido en la dinámica de la naturaleza. Pues bien: la respuesta tópica del aristotelismo medieval o escolástico consistió en atribuir la enfermabilidad del hombre a la *vulneratio* que el pecado original produjo en la naturaleza humana (2).

4.° La alteración morbosa de la naturaleza del paciente dura cierto tiempo, no es instantánea. El desorden morboso, piensa un escolástico, no puede ser *motus instantaneus*, tiene que pertenecer al dominio del movimiento material o cósmico, al *motus caeli;* y necesariamente ha de ser así, porque la enfermedad pertenece por esencia a lo que en el hombre es naturaleza corporal, cuerpo. Es lo que Galeno quiso afirmar llamando *diáthesis*, la *dispositio* del galenismo latinizado, al género próximo de la enfermedad.

5.° El accidente modal que es la enfermedad cobra entidad real a través de los predicamentos en que se realiza la sustancia primera del individuo humano. Las líneas cardinales de la fisiopatología aristotélico-escolástica serán, según esto, las diversas alteraciones de la naturaleza del enfermo según la cantidad (número y volumen patológicos de los órganos afectos), la cualidad (fiebre, color de la piel, modificaciones cualitativas, de la parte enferma), la relación (metástasis, simpatías morbosas), el hábito (modos de ser patológicos más o menos duraderos), el tiempo (ocasión de la enfermedad, ritmos anómalos, heterocronias en el curso de los procesos biológicos), la posición (heterotopias diversas), el estado (el donde y la defectuosa ordenación de la parte enferma), la acción (el trastorno de las actividades vitales: el vómito, por ejemplo) y la pasión (la afección pasiva de esas actividades, como el dolor o la parálisis). Naturalmente, el saber anatomopatológico y fisiopatológico de cada situación histórica (el tratado galénico *de locis affectis*, la patología celular de Virchow, la fisiopatología de Frerichs y Traube, etc.) dará contenido científico diverso a cada una de esas determinaciones predicamentales del accidente modal que en cuanto ente es la enfermedad.

II. LA ENFERMEDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA DE «LO QUE SOY»

Desde Alcmeón de Crotona hasta nuestro siglo, la medicina científica ha considerado al enfermo como objeto de conocimiento (patología) y de tratamiento (terapéutica). Así lo siguen haciendo los actuales tratados de patología general y especial. Pero tanto en el orden del conocimiento como en el de la operación, ¿podría entenderse la medicina actual sin la consideración del estado morboso desde el punto de vista de lo que éste es para el sujeto paciente? Claramente nos dieron la respuesta los anteriores capítulos. Con ellos como

(2) Sobre las vicisitudes de este problema en el pensamiento teológico ulterior a la Edad Media, véase mi libro *Enfermedad y pecado* (Barcelona, 1961).

presupuesto, examinaré en éste lo que en sí mismo es el «fenómeno de la enfermedad», en el sentido que el pensamiento fenomenológico permite dar a tal expresión; es decir: lo que de la vivencia de la enfermedad queda después de haber «puesto entre paréntesis» cuanto en ella no es esencial. La nosología científico-natural trata de conocer la esencia de la enfermedad a partir de la vivencia de lo que ésta es en el enfermo que uno ve; vivencia que, como es obvio, procede de la observación y la experimentación objetivas. Junto a ella, complementariamente con ella, la nosología fenomenológica intenta conocer esa esencia desde la vivencia de la enfermedad en el enfermo que uno es; por tanto, en la conciencia del sujeto que la padece. He aquí, pues, las interrogaciones a que sucesivamente habrá que responder:

1.ª En la vivencia de la enfermedad propia, ¿cuáles son las notas que deben considerarse esenciales y cuál es, según ellas, la esencia de la enfermedad?

2.ª Esas notas, ¿qué dicen al enfermo acerca de su propia realidad, en tanto que enfermo?

3.ª ¿Cómo tiene que estar constituida la realidad del hombre en cuanto tal –en términos existencialistas: la existencia humana– para que el fenómeno de la enfermedad sea el que efectivamente es?

Al estudiar el momento subjetivo del cuadro sintomático expuse cuáles son, a mi modo de ver, las notas esenciales de la vivencia subjetiva de la enfermedad: invalidez, molestia, amenaza, succión por el cuerpo, soledad, anomalía y recurso. Esencialmente considerada, la enfermedad es un modo de vivir en el cual –de una manera o de otra, con tal o cual intensidad– el sujeto afecto se siente inválido, molesto, amenazado, absorbido por su cuerpo, solo, anómalo y capaz de utilizar su situación para el logro de algún fin. Pues bien: ¿qué le dicen tales notas acerca de su realidad de hombre y, a través de ella, acerca de la realidad en general? A mi juicio, le dicen que la realidad del hombre es corpórea, coexistencial, vulnerable, susceptible al dolor, capaz de apropiación, interpretable y valiosa. Examinaremos uno a uno estos varios momentos de la existencia enferma.

1. Enfermedad y corporeidad

Por dos vías distintas puede ser resuelto el problema que plantea este título. Objetivamente estudiada, la enfermedad denota la esencial corporeidad de quien la padece, porque todo lo que como tal enfermo siente y dice el paciente remite a un desorden anatomopatológico y fisiopatológico de su organismo; desorden bien conocido en algunos casos y mal conocido en otros. Mirado el enfermo como objeto, en la enfermedad hay siempre una alteración del cuerpo objetivo. Fenomenológicamente considerada, la enfermedad, por otra parte, remite al cuerpo fenoménico, y lo hace a través de las notas antes discernidas en la vivencia de ella. Aunque la materia de tal vivencia sea una idea obsesiva

–por ejemplo: un «no poder» dejar de lavarse las manos o de comprobar el cierre de una puerta–, el «no puedo» de la invalidez morbosa siempre afecta al cuerpo propio, y otro tanto sucede en los restantes casos: al cuerpo se refiere el dolor morboso, el cuerpo es el que absorbe la atención del enfermo, del cuerpo procede lo que en la enfermedad amenaza, etc. La vivencia de la enfermedad lleva implícitamente en sí un «aquí» y un «ahora», y sólo por obra de la esencial corporeidad de quien la experimenta puede esto acontecer. «Me siento enfermo, luego soy cuerpo»; tal podría ser el primero de los asertos de una metafísica fenomenológica de la enfermedad, si el enfermo quisiera y supiera dar forma cartesiana a la experiencia de sí mismo.

A la misma conclusión lleva la radical opacidad del evento morboso. La medicina antropológica de los últimos decenios ha mostrado que la génesis y la configuración de no pocas enfermedades pueden ser en alguna medida comprensibles, según el sentido que el término «comprensión» posee en la psicología contemporánea; pero, como acabo de decir, sólo «en alguna medida» pueden serlo. Sometida cualquier enfermedad, hasta las aparentemente más comprensibles, al más fino y riguroso de los análisis psicológicos, siempre quedarán en el enfermo y en el médico una honda perplejidad y una radical ignorancia ante estas dos inexorables preguntas: ¿por qué *esta* enfermedad?; ¿por qué *la* enfermedad? Es decir: ¿por qué en este caso, incluso suponiendo que el proceso morboso sea subconscientemente un «refugio en la enfermedad», se ha visto sometido el enfermo –o me he visto yo, si es el paciente mismo el que interroga– al dolor de padecerla?; ¿por qué la enfermedad existe en el cosmos y en la existencia humana? Frente a tales cuestiones dos actitudes son posibles: quedar en la ignorancia y caer, por tanto, en una patente o larvada desesperación o, por la vía de la creencia, no por la vía de la ciencia, darse a sí mismo alguna respuesta. Pero la causa que en todos los casos da lugar a esas dos preguntas es la opacidad última –la radical misteriosidad, dirán muchos– que el hecho de ser corpórea la existencia humana impone a la intelección de todas sus vicisitudes; entre ellas, muy en primer plano, la enfermedad.

En suma: cualesquiera que sean su forma particular y la profundidad del análisis a que se la someta, la vivencia de la enfermedad revela la esencial corporeidad de quien la experimenta.

2. Enfermedad y coexistencialidad

Continuando los primitivos análisis fenomenológicos de Husserl y Scheler, la ulterior analítica de la existencia (Heidegger, Sartre) ha afirmado una y otra vez que la existencia humana, por un radical imperativo de su constitución propia, es coexistencia. Scheler nos hizo ver que un «Robinsón puro», un hombre que jamás hubiese visto a un semejante ni hubiese percibido jamás vestigio de vida humana, en cierto modo llegaría a adquirir la noción de la existencia de una comunidad de hombres. La «conciencia de vacío» que en él produciría la ejecución solitaria de los actos psíquicos que tienen su presu-

puesto o su término en la realidad de otro hombre –ciertas intenciones y ciertos actos de responsabilidad e insuficiencia– le llevaría a una tácita y vaga conclusión, susceptible de expresión en palabras más o menos semejantes a estas: «Yo sé que hay una comunidad humana y que pertenezco a ella; pero no conozco los individuos que la constituyen, y tampoco los grupos empíricos de que tal comunidad se halla compuesta». Ese hipotético «Robinsón puro» poseería, pues, la oscura evidencia de un tú o un nosotros en general y desconocería la existencia de tús concretos y particulares. En un orden empírico, no meramente especulativo, lo mismo podría decirse de Caspar Hauser y de los niños-lobos de Midnapore antes de que uno y otros comenzaran a relacionarse con otros hombres (3).

Pues bien, la vivencia de la enfermedad pone de manifiesto –acaso con mayor intensidad que cualquier otra experiencia humana– nuestra menesterosidad o nuestro rechazo de «otros», y por tanto nuestra constitutiva apertura a la coexistencia. El «no puedo» de la invalidez revela en primer término la incapacidad del enfermo para realizar alguna de las actividades de que estando sano era capaz, pero también, y con radicalidad no menor, la esencial necesidad que su existencia tiene de «los otros». La succión por el cuerpo y la ambivalente disposición que respecto a la compañía trae consigo el sentimiento de la enfermedad –en definitiva, una secreta «soledad-de»– delatan la esencial vinculación a los «otros» de que uno se aísla o que uno rechaza. La enfermedad, en suma, nos hace vivir de modo exacerbado y aflictivo nuestra constitutiva condición de sujetos coexistentes. Tácitamente, nebulosamente, esta conclusión –complementaria de la anterior– se impone al paciente: «Me siento enfermo, luego coexisto».

3. Enfermedad y vulnerabilidad

En cuanto que realizada estructuralmente, a nuestra existencia pertenece una permanente, esencial susceptibilidad a la destrucción; en cuanto que humana, nuestra existencia posee una no menos permanente y esencial capacidad para vivirla como propia. Todas las culturas con expresión sapiencial, y por modo eminente la de Israel y la helénica, han expresado patéticamente esta profunda realidad. «Como agua derramada soy», clama el Salmista, contemplando la deleznable condición de su ser. «Cual la generación de las hojas, así la de los hombres. Esparce el viento las hojas por el suelo...», dicen unos inmortales versos de la *Ilíada*. Ya en nuestros días, ahora filosóficamente, Dilthey hablará de un radical «sentimiento de fragilidad de la existencia humana», describirá Freud un «instinto tanático», afirmará reiteradamente Ortega la condición de «náufrago en la realidad» del hombre y Heidegger verá en el hecho de «hallarse arrojada» al mundo y a la muerte –en la esencial *Geworfenheit*

(3) Sobre la coexistencialidad de Caspar Hauser y los niños-lobos, véase mi libro *Teoría y realidad del otro*.

que la afecta– una radical condición de nuestra existencia: al mundo y a la muerte se hallaría lanzada ésta, en virtud de su propia constitución. Pero tal condición es algo más que un mero «hallarse arrojado», porque lleva consigo la vulnerabilidad de aquello sobre que pesa, y de muy especial modo nos lo hace patente la enfermedad. Por leve que ésta sea, la vivencia de padecerla nos descubre –descubre a quien sensiblemente la analiza– que nuestra realidad es vulnerable, que desde dentro de sí misma está constantemente sometida al riesgo de la destrucción. Aunque no me hiera un puñal, aunque no me invada un germen nocivo, soy y no puedo no ser vulnerable y mortal.

Ahora bien: el arrojamiento y la vulnerabilidad de nuestra existencia pueden ser entendidos de dos modos cardinales y en alguna forma entre sí contrapuestos. El primero consiste en pensar que una y otra poseen un carácter puramente derrelictivo (4): arrojado a existir en el mundo, el hombre quedaría abandonado en éste, sin otro horizonte para su autenticidad existencial –para ser él mismo– que el atenimiento a la indefectible certidumbre de su muerte. Consiste el otro en atribuir a la existencia humana un radical carácter misivo: «Suponiendo que sea vivida –ha dicho Zubiri–, la vida tiene evidentemente una misión y un destino. Pero no es ésta la cuestión: la cuestión afecta al sujeto mismo (al hombre que vive, añado yo). No es que la vida *tenga* misión, sino que *es* misión». Arraigada o desarraigadamente sentida, vivida más clara o más oscuramente, la misión que es la vida envuelve y da fundamento a lo que en la vida de cada hombre es áspera derrelicción y severo atenimiento a la muerte.

Una consideración mínimamente atenta de la vivencia de la enfermedad, sobre todo en lo que ésta tiene de riesgo y amenaza, permite advertir que a esos dos contrapuestos y complementarios modos de concebir la derrelicción y la vulnerabilidad de la existencia humana nos abren con especial fuerza la posibilidad y el hecho de padecerla. Imaginemos el caso de una grave enfermedad, gravemente vivida por el paciente. En ella, la más desesperada conciencia de derrelicción y vulnerabilidad llevará en su seno –cualquiera que sea la manera de vivirla e interpretarla– una conciencia de misión: el sentido cis o transmortal que pese a todo posea para el enfermo el hecho de estarlo. Nunca deja de latir cierto secreto sentido en el seno de lo que en nuestra vida se nos muestra absurdo. Y en el polo opuesto, la conciencia de misión más acusada y explícita –la del hombre que creyentemente, en aras de la causa que sea, haya sabido ofrecer la vida y el dolor– nunca podrá quitar del alma la sombra de una inquietud derrelectiva; esa que básicamente subyace a la interrogación «¿Qué está siendo, qué va a ser de mí»? En cualquier caso, la conclusión ontológica «Me siento enfermo, luego soy vulnerable» debe ser añadida a las dos anteriores.

Esta cuestión surge ahora: ¿hasta qué punto la experiencia de la vulnerabilidad de la existencia lleva consigo la idea de que constantemente es posible y

(4) Hago aquí uso de un neologismo de origen latino –«derrelicción»– que el filósofo belga A. de Waehlens introdujo para traducir la *Geworfenheit* heideggeriana.

amenazante la muerte propia? La idea de que uno es mortal, ¿procede tan sólo de la experiencia de la propia vulnerabilidad o es una noción determinada por la reiterada experiencia de ver morir a los demás? ¿Cómo un «Robinsón puro» llegaría al conocimiento o a la sospecha de su propia mortalidad? No puedo discutir aquí este sutil problema. Me limitaré a decir que, a mi juicio, las dos experiencias son necesarias y las dos se implican mutuamente: la visión de la muerte de los demás alumbra o confirma en nosotros el sentimiento de nuestra vulnerabilidad y desvela su carácter potencialmente letal, y la vivencia de esa esencial vulnerabilidad nuestra lleva *in nuce* cierta adivinación de nuestra siempre amenazante mortalidad.

4. Enfermedad y doloribilidad

Introduzco el término «doloribilidad» para designar la constitutiva, esencial susceptibilidad humana al dolor, sea éste físico o moral. Si se da el nombre de amabilidad a la expresión de la apertura al amor, a la activa disposición para ser amado, no parece improcedente llamar doloribilidad a la apertura al dolor, a la tácita disposición para ser doliente.

La percepción inmediata de estar enfermo lleva necesariamente consigo una aflicción que procede del cuerpo y que de un modo o de otro es referida a él; en definitiva, un dolor físico, aunque la sensación en que éste concretamente se manifiesta, el embotamiento febril, la náusea o el vértigo, no sea, en el sentido más habitual del término, dolorosa. A esta aflictiva sensación se añadirá en no pocas ocasiones cierto dolor moral; por ejemplo, el determinado por la consideración de lo que uno haría si no estuviese enfermo, y por el hecho de estarlo no puede hacer. La enfermedad nos revela que existimos expuestos al dolor físico y al dolor moral, y que no podemos no existir así. «Me siento enfermo, luego soy susceptible al dolor.» La existencia humana no es sólo vulnerable, es también dolorible.

En el caso de la enfermedad, la condición ontológica de la doloribilidad se manifiesta vivencialmente bajo forma de molestia o de dolor, en el más amplio sentido de esta palabra. Es cierto. Pero se cometería un grave error si en el dolor de estar enfermo se viese sólo el aspecto aflictivo a que acabo de referirme. Junto a él, tenue y oculto casi siempre, patente a veces, cuando no es muy intenso el sufrimiento, hay otro de carácter fruitivo –el *Leidenslust* o «placentero dolor» de los románticos alemanes–, y quien así no lo vea, no acabará de entender lo que el dolor es en la vida del hombre.

5. Enfermedad y apropiación

Como en nuestro análisis de la intimidad humana descubrimos, la apropiación de lo que a nosotros llega o en nosotros surge –el gozo de contemplar un paisaje hermoso, la pena de ver el sufrimiento ajeno, la ocurrencia que sin saber cómo brota en nuestra alma– es una de las notas esenciales, acaso la más

esencial, de nuestra existencia como persona. Ser persona consiste, entre otras cosas, en apropiarse íntimamente el propio vivir y los ocasionales contenidos de él; en poder decir –al margen, claro está, de cualquier posesión jurídica– «mi» cuerpo, «mi» alegría, «mi» dolor o «mi» idea de la evolución biológica.

No es ajena a esta regla la experiencia de la enfermedad. Ahora bien: ante ella, el paciente puede decir «mi» en dos sentidos distintos, uno trivial y a la postre espúreo, otro adecuado y profundo. En el primer caso, el paciente llama «mi enfermedad» al hecho de que la dolencia que le afecta ha aparecido y está en su vida, aunque cordialmente la aborrezca. No otra es la significación del «mi» cuando decimos «mi dolor de muelas» y éste, por añadidura, nos impide hacer algo vivamente deseado. Más que «mía», la enfermedad «está en mí», pertenece a la esfera de «lo-en-mí». En el segundo caso, el «mi» de «mi enfermedad» designa la incorporación de ésta, en tanto que modo de vivir, a la realización habitual de la existencia propia, y así acontece no pocas veces en la primero forzosa y luego acostumbrada aceptación de las dolencias crónicas. Pascal compuso una plegaria para pedir a Dios el buen uso de las enfermedades. Novalis propuso enseñar a los hombres «el arte de utilizar las enfermedades». Y desde el fondo de sí mismo, Nietzsche escribía así a su amigo Bülow: «Durante años he vivido demasiado cerca de la muerte y, lo que es peor, demasiado cerca del dolor... Nada digo de la peligrosidad de mis afectos, pero *esto* debo decir: tal alteración en el modo de pensar y de sentir... me ha *sostenido* en la existencia y casi me ha *hecho* sano... Bien, acaso esto sea una segunda naturaleza; pero lo que yo quiero hacer patente es que sólo con esta segunda naturaleza he llegado a una auténtica posesión de mi naturaleza primera». Piénsese lo que el «mi» de «mi enfermedad» –la conciencia expresa de la apropiación de ésta– significó para Pascal, Novalis y Nietzsche, y en lo que significa para cuantos así lleguen a vivir su condición de enfermos.

No debo repetir aquí cuanto acerca del proceso psicológico de la apropiación personal quedó dicho en páginas anteriores. Me limitaré a recordar que tal empeño es obra coincidente de un acto de afección (aquel con que la persona padece la enfermedad: la enfermedad como *páthos* o *passio*), un acto de creación (aquel por el cual la persona en alguna medida crea el proceso morboso: la enfermedad como *érgon* o *labor*) y un acto de interpretación (aquel en cuya virtud el enfermo interpreta el sentido de su violencia en la trama de su vida: la enfermedad como materia de *hermeneía* o *interpretatio*). Lo que ahora importa es el hecho de que nuestra existencia es capaz de hacer «suya» la experiencia de la enfermedad; o, en sentido inverso, que la vivencia de la enfermedad pone de manifiesto la esencial condición apropiativa de la existencia humana. «Me siento enfermo, luego puedo ser mío».

6. Enfermedad e interpretación

La autointerpretación, acabo de indicarlo, es uno de los momentos constitutivos de la plena apropiación de la vida propia. *Ens hermeneuticum*, podrá lla-

marse a sí mismo quien sensible y minuciosamente sea capaz de analizar su vida interior. *Animal hermeneuticum,* podría llamarse al hombre, tras la experiencia de atribuir a todos los demás, por extrapolación, esta capacidad para la actividad interpretativa que uno en sí mismo descubre.

En el capítulo precedente estudiamos con algún pormenor el proceso de la interpretación y su mínima o considerable influencia en la total configuración del cuadro morboso. Pasando del orden óntico (el conocimiento de cómo efectivamente sucede y cómo efectivamente es la realidad) y del orden pático (según el sentido de este término en el pensamiento de von Weizsäcker) al orden ontológico (al conocimiento de lo que es la realidad que se estudia; al paso del orden pático al orden patosófico, diría von Weizsäcker), ahora debo ceñirme al enunciado de lo que acerca de la existencia propia y de la existencia humana en general revela, desde este punto de vista, la experiencia de vivir la enfermedad; a saber, que nuestra realidad personal es interpretable, más aún, que tiene que ser interpretada, si de veras ha de ser nuestra. La conclusión, por tanto, será: «Me siento enfermo, luego soy interpretable». Por la vía de la enfermedad –siendo, en cuanto enfermo, intérprete e interpretado– llegó Nietzsche a un más cabal conocimiento de sí mismo; y con su respectivo talento y a su personal manera, lo mismo podrían decir todos los enfermos para quienes su dolencia sea algo con lo que penosamente tienen que contar en la tarea de hacer su vida.

7. Enfermedad y valía

Llamo «valía» –aun cuando tal vez fuese más adecuado llamarle «valiosidad»– a la condición esencialmente valiosa de la existencia humana. Vulnerable, mortal, inválida para cuanto esté más allá de su límite, permanentemente abierta al dolor, radicalmente incomprensible, nuestra existencia posee valor, es valiosa. Siempre: hasta cuando la enfermedad tan sensiblemente nos la muestra vulnerada, amenazada de muerte, desmedidamente inválida, punzantemente dolorosa y hasta desesperadamente incomprensible.

Debe incluso decirse que, tanto como la experiencia de la felicidad y del éxito, tanto como ella nos ata a la vida la experiencia de la enfermedad. Y de varios modos. Ante todo, porque la aflicción de padecerla pone en evidencia lo que con ella perdemos; en definitiva, que el estar sano es un valioso bien. En segundo término, porque nos enseña que individual y colectivamente es posible luchar contra ella y en tantas ocasiones vencerla; lo cual no podría suceder si ser hombre no fuese algo radicalmente valioso. *Validus* llamaban los romanos a quien puede, a quien es poderoso. Poder es valer. Y en tercer lugar, bien que de manera accesoria, porque estar enfermo es a veces ser capaz de algo –recuérdese el texto de Nietzsche antes citado– a que sin estarlo no podría uno llegar. Si la enfermedad puede ser recurso, es porque quien la padece posee, en todas las acepciones del término, valor. Por tanto: «Me siento enfermo, luego valgo».

8. «Mi» enfermedad y «la» enfermedad

El fenómeno de la enfermedad, la enfermedad-para-mí, diría Sartre, me hace estudiarla desde el punto de vista de «lo que soy» y me permite llegar a varias conclusiones acerca de mi existencia. Por lo menos, a las siguientes: «me siento enfermo, luego soy cuerpo»; «me siento enfermo, luego coexisto»; «me siento enfermo, luego soy vulnerable»; «me siento enfermo, luego soy susceptible al dolor»; «me siento enfermo, luego puedo ser mío»; «me siento enfermo, luego soy interpretable»; «me siento enfermo, luego valgo». Pero todos estos asertos, ¿serían otra cosa que declaraciones de carácter puramente subjetivo y confesional, si del «me», el «mi» y el «yo», los tres modos en que puede expresarse mi personal realidad (Zubiri), no fuésemos intelectualmente capaces de pasar a la realidad genérica de todos los que pueden sentir y hablar así, por tanto al «hombre en cuanto tal»? Esta es la vía por la cual el saber fenomenológico acerca de mi existencia propia puede convertirse en saber acerca de la existencia humana en general, por tanto en saber antropológico. Pienso que esa vía existe y puede ser válidamente recorrida, aunque no sea este lugar idóneo para estudiarla. Me limitaré a decir, por tanto, que, desde este punto de vista considerada, la metafísica de la enfermedad –la respuesta a la pregunta «¿Cómo tiene que estar constituida la realidad del hombre para que su enfermedad sea lo que de hecho es?»– tiene uno de sus momentos esenciales en la afirmación siguiente: «Porque el hombre puede sentirse enfermo, y en cuanto que se siente enfermo, cuando de hecho llega a estarlo, la realidad del hombre es corpórea, coexistente, vulnerable, dolorible, apropiadora, interpretable y valiosa». Veremos más adelante cómo todo esto se hace patente en el acto médico.

III. UN CAMINO HACIA LA INTEGRACION

Ante la realidad de la enfermedad humana, la sucesiva instalación de la mente en el punto de vista de «lo que es» y en el punto de vista de «lo que soy» nos ha conducido a conclusiones distintas entre sí, aunque en cierto modo entre sí complementarias. ¿Significa esto que hayamos de limitarnos a yuxtaponer unas y otras? ¿Será intelectualmente imposible elaborar una filosofía de la enfermedad en la cual queden sistemáticamente integrados el saber objetivo y el saber fenoménico acerca de ella? Pienso que no. Dos concepciones del pensamiento filosófico nacidas en España, la filosofía orteguiana de la razón vital y la metafísica zubiriana de la realidad, permiten, a mi juicio, abordar con buenas perspectivas esa deseable integración de lo que según «lo que es» y según «lo que soy» podemos pensar acerca de la enfermedad humana. A la zubiriana metafísica de lo real voy a atenerme en este ensayo mío.

Contra lo que con ligereza y miopía algunos han dicho, la filosofía de Zubiri no es una hábil aristotelización del existencialismo, ni una simple reforma actualizadora del aristotelismo. Nacida de un severo enfrentamiento con Aris-

tóteles, Descartes, Leibniz, Kant, Hegel, Comte, Husserl, Bergson y Heidegger, esa filosofía es una teoría de la realidad en situación, en «nuestra» situación. Tras el realismo tradicional y el idealismo moderno, en la salvación metafísica de la realidad a través de la historia, la ciencia positiva y la experiencia de la vida personal veo yo su intención primaria.

Sería improcedente aquí y ahora una exposición acabada de esa amplia y sistemática teoría. Me limitaré, pues, a tomar de ella lo imprescindible para conjeturar cómo según sus conceptos puede ser entendida la enfermedad humana. He aquí mi problema: dentro del pensamiento filosófico de Zubiri, ¿cómo es posible entender la alteración que en la realidad del hombre introduce el hecho y el evento de estar enfermo? Dividiré mi exposición en tres apartados, respectivamente consagrados a la realidad en general, a la realidad del hombre y a la realidad de la enfermedad.

1. La realidad en general

¿Cómo debe ser filosóficamente entendida la realidad? Movido por un pensamiento inmediatamente *causal*, Aristóteles trata de responder a esta interrogación mediante su esquema conceptual «sustancia-accidentes». Animado por un pensamiento inicialmente *funcional* –el que concordantemente piden la contemplación directa de la realidad del mundo y el saber científico acerca de ella–, Zubiri propone el esquema «sustantividad-dimensiones».

Conocemos las cosas reales por las notas con que se nos presentan. Algunas son constitutivas respecto de la realidad en cuestión; sin ellas, tal realidad no sería lo que es. Pues bien, hay notas constitutivas que no son manifestación de un sujeto subyacente, sino que dependen unas de otras; son las propiedades «sistemáticas». Basta comprobar las propiedades actuales o funcionales de la glucosa en un tubo de ensayo y en el seno de un organismo animal para advertir el carácter sistemático de no pocas de éstas, su dependencia de la posición u ordenación física en que se hallan dentro del sistema a que pertenecen; en este caso, un organismo animal. Partiendo de este hecho, Zubiri llama *sustantividad* a un sistema de notas constitutivas cíclicamente clausurado, en el que tales notas se determinan posicionalmente entre sí; y dimensión al modo de la proyección de cada realidad en las notas que la manifiestan. Toda cosa real tiene un *intus*, una interioridad, con lo cual la dimensión viene a ser el modo como la interioridad de una cosa real se acusa en la multitud de las notas que funcionalmente la constituyen.

Esto lleva consigo un cambio fundamental en la conceptuación de las realidades que el aristotelismo llama «sustancias compuestas», un organismo vivo o el hombre. El aristotelismo habla de «sustancias compuestas por unión sustancial». Consecuente con su personal revisión de la vieja idea de «sustancia», Zubiri hablará de «sustantividad como combinación funcional». Se trata, pues, de realidades que se unen estructuralmente y de estructuras que se determinan entre sí. La noción de «estructura», tan central en el pensamiento y la

ciencia de nuestro tiempo, adquiere así un riguroso sentido metafísico. Recuérdese lo dicho al estudiar la estructura de la realidad humana.

Tres son los modos principales de la sustantividad, y tres, por tanto, las formalidades básicas en la estructura de la realidad intramundana:

1.ª La simple estabilidad: la molécula.

2.ª La independencia respecto del medio y el control específico sobre él: el organismo vivo.

3.ª El enfrentamiento con las cosas como realidades: el organismo humano. Tratemos de entender éste con mayor precisión.

2. La realidad del hombre

El examen de la conducta humana pone de manifiesto que la independencia del hombre respecto del medio posee, comparada con la de todos los restantes seres vivos, una peculiaridad esencial: las cosas no son para él simples estímulos, sino, en el sentido más riguroso del término, realidades. La manzana que estimula mi vista y mi olfato es, por supuesto, el centro de origen de esa estimulación, pero también, como fundamento de ésta, el objeto real que llamo «manzana». La manzana no es cosa-estímulo, sino cosa-realidad. El hombre es ante todo un «animal de realidades».

A la vez, y concordantemente, el control específico del hombre sobre el medio se hace –en mayor o menor medida– creación; mejor dicho, cuasi-creación, porque el hombre no es capaz de crear desde la nada. Contemplado y entendido como realidad, modificado y enriquecido por cuasi-creación, el «medio» se convierte así en «mundo».

Y para que esto suceda, el modo de ser más propio de la realidad del hombre se halla constituido por la actividad unitaria de una *inteligencia sentiente* (inteligir y sentir constituyen un acto unitario, aunque unos actos sean preponderantemente intelectivos y otros preponderantemente sensitivos) y una *voluntad tendente* (en la cual se funden unitariamente la libertad y la tendencia).

Así concebida la sustantividad del hombre, la descripción científica y filosófica de su realidad propia puede ser ordenada en la siguiente serie de puntos:

1.º Para el hombre, el poder ser de la realidad adopta dos modos distintos, la potencia y la posibilidad. Las realidades del mundo pueden hacer algo por sí mismas; llegan entonces a ser según sus *potencias*, como la bellota llega a ser encina. Pero el hombre puede ordenar las potencias naturales de las cosas según las *posibilidades* que descubre o suscita en ellas, y crea así cosas nuevas, sean artefactos o modos de intelección y de acción. Combinando una propiedad natural del aire, su resistencia, y otra de los cuerpos planos, el poder ser desplazados, el hombre creó la posibilidad llamada «vuelo artificial». El hombre es, pues, creador de posibilidades nuevas y, como consecuencia, poseedor de nuevas *capacidades*.

2.° Las cosas tienen para el hombre, en consecuencia, realidad y sentido. En sí y por sí misma, una caverna es *cosa-realidad*. Utilizada como habitáculo, esa misma caverna es *cosa-sentido*. La capacidad de una realidad para constituirse en sentido es la *condición*.

3.° Lo propio de la esencia del hombre consiste en ser *esencia abierta* –abierta a la insondable realidad de las cosas y de su propia realidad–, y por tanto en tener que comportarse proyectiva y creadoramente frente a una y otra. Reaccionando a su medio, el animal hace su vida. Frente a su mundo y ante sí mismo, el hombre tiene que proyectar la suya.

4.° En la vida del hombre hay a la vez *hechos* (aquello en que se actualiza una potencia: el hecho de que su estómago segregue jugo gástrico cuando ha ingerido alimentos) y *eventos* (aquello en que se actualiza una posibilidad: el evento de cruzar el Atlántico a bordo de un avión). Ahora bien: dentro de la integridad de la vida a que pertenece, todo hecho es en alguna medida evento.

5.° En el hombre hay dos órdenes de propiedades: las *propiedades por emergencia* (las que emergen de su naturaleza: ser rubio o moreno, tener más o menos talento) y las *propiedades por apropiación* (las que proceden de haber hecho suyo lo que como ocurrencia, por aprendizaje o por azar entre en su vida). En todo caso, las propiedades por emergencia sólo llegan a ser verdaderas propiedades de un hombre cuando éste se las ha apropiado, cuando las ha hecho real y verdaderamente «suyas».

6.° Para que esto sea así, es preciso que el hombre se halle por encima de sus propiedades y sus situaciones. El hombre es por esencia «super-stante» o «supra-stante». A la *sub-stantia* aristotélica se opone en el caso del hombre la *supra-stantia* de su específica y personal sustantividad.

7.° La suprastancia de la sustantividad humana puede actualizarse en tres formas de distinta profundidad: el *yo* (cuando uno dice «yo ando» o «yo soy libre»), el *me* (el modo de referirse uno a sí mismo cuando dice «me duele» o «me gusta») y el *mi* (la referencia a que dan expresión frases como «de mí no se dispone» o «de mí nadie se ríe»). Así expresada, la interioridad del hombre muestra ser interioridad superlativa, «intimidad»: el modo de ser de los actos en cuya virtud son personalmente «míos» el «yo», el «me» y el «mi».

8.° Hacia fuera, el hombre es un animal cuasi-creador. Hacia dentro, una intimidad capaz de apropiarse su propia vida y los contenidos de ella, y esto es lo que formalmente le constituye como *persona*. Por esto dice Zubiri que el hombre es «sustantividad de propiedad», además de ser «animal de realidades». Mi condición de persona es el modo propio de mi «realidad sustantiva»; la cual se constituye en «ser sustantivo» y como tal se manifiesta cuando se expresa en forma de «yo». Diciendo «yo soy», convierto mi realidad en mi ser.

9.° Para el hombre, en consecuencia, vivir es ir haciendo su vida; la cual, en cuanto que la realidad humana es corpórea y sensible, es y no puede no ser fluente y discurrente. Vivir humana y personalmente es hacerse y poseerse a sí mismo en el decurso de una vida *a la vez* somática y psíquica.

10.° El cuerpo del hombre es y no puede no ser cuerpo de una psique, y la psique del hombre es y no puede no ser psique de un cuerpo. En consecuencia,

todo lo mental es en el hombre biológico, y todo lo biológico, mental. De ahí las tres funciones cardinales del cuerpo humano: la organizadora, la configuradora y la somática, en el sentido más originario y abarcante del término *soma*.

11.° Por ser como es, apoyado en las cosas, que para él son instancias y recursos, el hombre tiene que forjar por sí mismo el sistema de sus propias posibilidades, y lo hace siendo a un tiempo *agente, actor* y *autor* de sí mismo. No puede desentenderse de ello; lo cual se manifiesta en dos formas, la *inquietud* y la *moralidad*. Hay que decidir y preferir, y esto inquieta; por otra parte, lo preferido puede ser bueno o malo, y esto responsabiliza.

12.° El hecho de estar abierto a la realidad obliga al hombre a preguntarse de algún modo por el fundamento de la realidad misma –la del mundo y la suya–, y esto hace de él un ente «religado» a lo que le fundamenta. La *religación* es, pues, la implantación metafísica del hombre en el fundamento de la realidad y su personal modo de vivirla. Por tanto, el sustrato metafísico y existencial de toda actitud explícita o implícitamente religiosa (5).

3. La realidad de la enfermedad

Basta lo expuesto para advertir que en la construcción de la antropología de Zubiri se articulan unitariamente la consideración de «lo que el hombre es» y el análisis de «el hombre que yo soy». Los dos puntos de vista antes deslindados quedan integrados en ella. Pues bien: ¿qué puede ser la enfermedad humana dentro de esa concepción filosófica? (6). Expondré mi respuesta deslindando sucesivamente siete cuestiones principales y tratando de resolverlas.

a. *Orden de la realidad*

¿A qué *orden de la realidad* pertenece el desorden morboso? Dentro del esquema sustantividad-dimensiones, la enfermedad humana será, por lo pronto, uno de los modos de acusarse la integridad del hombre –su intimidad– en las notas orgánicas y psíquicas, ahora morbosamente alteradas, en que la sustantividad del enfermo se constituye. Es, pues, un modo del vivir personal y pertenece al orden de la dimensión; por tanto, al orden de los «grados de ser», porque tal es la verdadera consistencia metafísica de la dimensión. Ahora bien: ¿cómo pertenece?

b. *Enfermedad y dimensión*

Para determinar el *modo como la enfermedad afecta a la dimensión* hay que tener en cuenta que ésta puede adoptar tres formas básicas, la patentización, la

(5) De nuevo remito a la «Introducción crítica a la Antropología filosófica de Xavier Zubiri», de I. Ellacuría, citada en la Parte I.

(6) D. Gracia Guillén ha dado nuevos y muy valiosos pasos en el empeño de entender la realidad propia de la enfermedad humana desde la metafísica de Zubiri. Vea el lector su ya mencionado estudio «La estructura de la Antropología médica».

seguridad y la constatación. En la *patentización* se manifiesta la riqueza de la realidad; esto es, la relación entre la patencia de las notas con que la cosa real se nos presenta y la insondabilidad de las que en ella todavía no conocemos. En el orden trascendental, la riqueza de la realidad debe recibir el nombre de *perfección*; lo cual quiere decir que hay realidades sustantivas más o menos perfectas. Desde el punto de vista de su *seguridad*, la realidad se nos muestra más o menos merecedora de la confianza que suscitan las notas en ella percibidas. En un sentido a la vez físico y metafísico, la cosa real posee así su solidez, su firmeza, y ésta es la expresión del momento trascendental de la *estabilidad*. La realidad puede ser más o menos estable. La *constatación*, en fin, es la ratificación de la realidad propia de la cosa como algo realizado en las notas que la denuncian; por tanto, su «estar siendo». La constatación se constituye trascendentalmente como *duración*: la cosa real es siempre más o menos duradera.

Pues bien: sin desconocer el carácter congénere y simultáneo de estos tres modos básicos de la dimensión, porque todos ellos se implican mutuamente en la unidad física de la cosa real, puede afirmarse que la enfermedad es una alteración a la vez factual (hecho) y eventual (evento) de la sustantividad del sujeto enfermo, que denuncia el modo de ser estable su estructura y hace patente el carácter relativo de tal estabilidad, la radical inestabilidad de ella.

c. *Enfermedad y estabilidad*

En la *pérdida de la estabilidad* que es la afección morbosa pueden ser discernidos dos mecanismos genéticos y dos modos.

Esos mecanismos son la impulsión interna y la impulsión externa. Llamo *impulsión interna* a la que determina que ciertas realidades sustantivas se desequilibren desde dentro de sí mismas, por obra de una tendencia ínsita en ellas y reactivamente actualizada. En lo tocante a las realidades sustantivas de esencia cerrada –los organismos vivos no humanos–, así se ponen en marcha los procesos de crecimiento y reproducción, de juego, caza y lucha, de mutación génica. A ellos se une, en el caso del hombre, la resolución operativa de la inquietud, mediante la ejecución de un acto libre. Cooperando funcionalmente con la impulsión interna está la *impulsión externa*, la que desde fuera del organismo da lugar al desequilibrio de la estructura. En las realidades de esencia cerrada, los modos principales de la impulsión externa desequilibrante son el choque, la lucha y la infección. Y en el hombre, junto a ellos, las acciones desequilibrantes promovidas por la ordenación social de la vida y por la instancia amorosa u odiosa de sus semejantes.

Adviértese, según esto, que en la puesta en juego de ambos mecanismos puede haber dos modos cualitativa y cuantitativamente distintos entre sí: el modo ordenado y el desordenado. En el *modo ordenado* de la alteración de la estructura, el desequilibrio de la estabilidad no impide la conservación de la integridad funcional de aquélla, el buen orden natural que los antiguos griegos llamarían *táxis katà phýsin*. Son las vicisitudes propias del estado de salud. El modo desordenado de la alteración de la estructura lleva consigo, por el

contrario, una lesión de la integridad funcional de ésta, más o menos eficazmente compensada, combatida o reparada por las fuerzas físicas que mantienen la estabilidad. A esa alteración y a esta reacción es a lo que damos el nombre de «enfermedad». Lo cual nos revela que en tales realidades la estabilidad de la dimensión es en sí misma vulnerable.

d. *Enfermedad y vulnerabilidad*

Aparece así ante nosotros una nueva cuestión: *la realidad y el sentido de la vulnerabilidad* de las estructuras de nuestro mundo. Y como la lesión en que esta vulnerabilidad se actualiza es objetivamente un mal, esa cuestión nos conduce a otra: *la relación entre la enfermedad y el mal.*

Tres formas principales puede revestir el mal, según Zubiri: el maleficio, la malicia y la malignidad. En el *maleficio* –el «mal físico» de la ética tradicional– hay una alteración defectiva de la estructura física de la sustantividad. La *malicia* produce una alteración en el orden moral de la sustantividad propia, en el sentido del mal; supone, por tanto, una mala intención respecto de la propia vida. La *malignidad*, en fin, es causa de alteración lesiva del orden moral de otra persona, y lleva consigo mala intención respecto de la vida de ésta.

Esto supuesto, ¿qué relación puede haber entre la enfermedad humana y el mal? La enfermedad es, por lo pronto, maleficio, alteración lesiva del orden físico –orgánico y psíquico– de la persona que la padece; y en cuanto tal maleficio, un mal no absoluto, un hecho-evento de la vida personal del que, sin mengua de su condición física de mal, puede sacarse algún bien. Pero con el maleficio pueden implicarse en ocasiones la malicia y la malignidad: la malicia, porque hay enfermedades por autolesión más o menos deliberada y porque toda enfermedad puede ser motivo de desorden moral culposo en el enfermo; la malignidad, cuando el desorden moral culposo es inducido por alguna persona próxima al enfermo o por estructuras de la vida pública tras las cuales haya un directo responsable.

e. *Manifestación del desorden morboso*

En virtud del carácter congénere y simultáneo de los tres modos de la dimensión, el desorden de la estabilidad –en nuestro caso, el accidente morboso– llevará siempre consigo otros en la perfección y en la duración. La enfermedad altera la perfección de la realidad sustantiva humana: perturba su expresión en las notas que la constituyen (cegando algunas, exaltando morbosamente otras) y degrada físicamente su valía, la hace «imperfecta». La enfermedad, por otra parte, altera la duración de la realidad a que afecta, la hace –de manera bien terminante y dramática, a veces– menos duradera.

Pero el problema de la relación entre enfermedad y perfección –siempre entendida ésta en el sentido metafísico que le da Zubiri– puede ser considerado desde otro punto de vista: el que nos lleva a descubrir las *diferencias en la*

manifestación del desorden morboso, según el grado de perfección de la sustantividad. Dejando ahora aparte la cuestión de si ciertas alteraciones estructurales de los cristales, las macromoléculas y los virus pueden ser analógicamente llamadas «enfermedades», es evidente que en la realización de la enfermedad deben ser discernidos dos modos cardinales: el correspondiente a las realidades sustantivas de esencia cerrada, los organismos vivos no humanos, y el propio de las realidades sustantivas de esencia abierta, los organismos humanos. Pues bien, en este segundo caso es preciso distinguir dos órdenes de manifestaciones: las relativas a las notas orgánicas y psíquicas de la sustantividad del hombre (fiebre, parálisis, dolor, ansiedad, idea delirante, etc.) y las tocantes a lo que en el hombre es, en el sentido más riguroso de la palabra, intimidad. Y una consideración atenta de estas últimas nos permitirá ordenarlas en dos grupos: aquellas en que se hace patente el modo como la persona enferma se apropia su enfermedad (incorporándola de un modo u otro a su vida o aborreciéndola, negándose íntimamente a tenerla por «suya») y aquellas otras en que por modo más derrelictivo o más misivo, con un dominante sentimiento íntimo de arrojamiento o de misión, se concreta y expresa la relación entre la vivencia del dolor de estar enfermo y el modo personal de vivir la religación con el fundamento último de la realidad.

f. *Individualidad de la enfermedad*

La metafísica de Zubiri permite dar una respuesta filosófica original al problema de la *individualidad de la enfermedad humana*. Llamando «individualidad» al carácter de toda realidad, según el cual esta realidad no es físicamente otra, la individuación no es un «principio» especial dentro de la realidad de la cosa, sino un «momento» de ella, ese según el cual la cosa es una unidad física irreductible. Esto no excluye, sin embargo, que haya dos modos de ser individuo: el de las realidades que sólo numeralmente difieren entre sí (la «individualidad singular» de los individuos entre sí exactamente iguales: un electrón y otro electrón, según lo que sabemos de ellos) y el de las realidades determinadas como individuos por su propia e interna constitución (la «individualidad estricta» de «este» caballo o de «este» hombre). Ahora bien: en estas últimas debe ser distinguida su realidad metafísica en cuanto tales individuos (su *individuidad*) y la concreción de esa individuidad a lo largo de su duración y en las notas que la constituyen y realizan (su *individualidad*). En el orden de la talidad –ser «tal» cosa–, las notas ulteriores tienen dos caracteres distintos. Unas dimanan de lo que en la cosa es constitutivo: son las notas constitucionales; otras proceden de las vicisitudes por las que ha atravesado la cosa: son las notas adventicias. Aquéllas manifiestan lo constitutivo (el fenotipo, por ejemplo, es la manifestación del genotipo); éstas concretan al individuo (la inmunidad a la fiebre tifoidea, por ejemplo, individualiza al que la ha padecido). Pero en el orden trascendental –ser cosa–, la situación se invierte: la esencia es «de suyo» un individuo, y esta individuidad confiere a las notas concretivas su carácter de individuales.

En la línea de estas ideas, veamos ahora el problema de la individualidad del enfermar humano. ¿Cómo puede entenderse que los modos de enfermar sean individualmente distintos entre sí? Por dos razones complementarias, correspondientes a los modos de ser individuales las notas integrantes de la sustantividad humana: en primer término, porque en el hecho-evento de la enfermedad se manifiesta reactivamente todo lo que el individuo enfermo, tanto por su constitución genotípica como por las notas adventicias a ella incorporadas, era ya en el momento de enfermar; en segundo lugar, porque el psicoorganismo del enfermo individualiza orgánica, psíquica y personalmente, desde el momento mismo en que ellas nacen, las notas ocasionales en que el hecho-evento de su enfermedad se manifiesta. Así, valga este ejemplo, la dolencia de un enfermo de fiebre tifoidea es *a radice* constitucional, tífica y personalmente individual. Sin necesidad de apelar a un *principium individuationis*, la realidad del paciente es *realitas constitutione, typho et creatione individualiter signata*. El problema no consiste, pues, en explicar la originaria individualidad de su proceso morboso, sino en dar razón del parecido específico entre éste y los que en otros individuos puedan observarse o hayan sido observados.

g. *Sentido de la enfermedad*

Otra cuestión queda por examinar: el *sentido de la enfermedad humana* en la realidad del hombre y en la realidad en general.

¿Qué sentido tiene el enfermar del hombre? La realidad que para el paciente y para el médico es el estado de enfermedad –la alteración dimensional de la sustantividad de aquél– ¿cómo se hace cosa-sentido? Las cosas reales, escribía hace años Zubiri, son a la vez instancias y recursos, mueven a actuar y permiten actuar. Pues bien: como alteración de la sustantividad propia o de la sustantividad ajena, la enfermedad es instancia y recurso. Como instancia, mueve al enfermo a actuar intelectiva, afectiva y operativamente ante ella y mueve al médico a ejercitar en el enfermo su saber y su poder, en tanto que médico. La psicología, la patología y la terapéutica habrán de decir de qué modo se hace efectiva esa doble instancia. Como recurso, la enfermedad puede servir al paciente para el logro de algún fin y sirve al médico –ayudado y condicionado por la ciencia, la técnica, la economía, la ordenación político-social y la ética del mundo en que opera– a procurar la curación del enfermo y a seguir edificando esa realidad y esa posibilidad a que damos el nombre de «medicina».

Pero todo esto no agota el sentido de la enfermedad. Sea o no sea sanable, como simple experiencia de la vida, ¿qué significa la enfermedad? En el caso de las realidades intramundanas, la perfección no pasa de ser un modo de la «pre-tensión» ínsita en su realidad. Tener realidad finita e intramundana es «ser en pretensión», mostrar en un determinado nivel estructural –la molécula, el organismo animal o el organismo humano– el érôs o impulso ascensional que toda cosa real y el conjunto de todas ellas llevan en su seno; tal es el fundamento metafísico del magno fenómeno de la evolución del cosmos. He aquí,

pues, un nuevo punto de vista para aprehender el sentido de la enfermedad humana: la visión de ésta como un hecho-evento en el proceso evolutivo de la realidad. A medio camino entre la poesía, la metafísica y la teología, Viktor von Weizsäcker afirmó que la enfermedad es «un suspirar de la criatura». Enlazando esta sibilina expresión con el pensamiento filosófico de Zubiri, cabría decir que la enfermedad humana es un suspiro de la creatureidad del *homo sapiens* –alteración perturbadora de su estructura, sí, mas también iluminadora de su destino– en su pretensión cósmica y personal de autoposeerse en plenitud. Por tanto, uno de los modos de la «probación» del hombre, una de las vías por las cuales el hombre «prueba» si su realidad es como él se la había figurado y «es probado» respecto de su personal instalación en la realidad.

Pero la enfermedad es siempre aflictiva; hasta cuando el enfermo se ha refugiado subconscientemente en ella. Entonces, ¿por qué la criatura se ve obligada a suspirar, no sólo a causa de su deficiencia, también a causa de su dolor? ¿Por qué ha de probar doloridamente, y dolorosamente ser probada? Mirada desde el punto de vista de su sentido en el todo de la realidad, la enfermedad nos abre la mente a un nuevo problema: el hondo, último problema de saber si la realidad intramundana puede o no puede ser entendida sin de algún modo trascenderla. A la insondable raíz de él es a lo que yo, poniendo en términos de dolor la conocida expresión de San Pablo acerca de la iniquidad, me he atrevido a llamar *mysterium doloris*. Porque misterio es, además de problema, el hecho inexorable de la existencia de dolor en el mundo (7).

(7) Si llamamos «misterio», con el común de los teólogos, a una «verdad que excede a nuestra inteligencia» –«modo de ser real cuya total intelección rebasa las posibilidades de nuestra inteligencia», sería preferible decir–, la atribución de misteriosidad a determinadas realidades puede y debe ser hecha desde cualquier sistema de ideas y creencias. Ortega, por ejemplo, no vacila en afirmar que «más allá» de nuestras creencias hay algo a que ellas no pueden llegar. Esto, sin embargo, no excluye la posibilidad de pensar acerca de lo que una realidad misteriosa realmente sea; ejercicio que será intelectualmente lícito cuando aquello a que se da el nombre de «misterio» lo sea en verdad y cuando la actividad de nuestra inteligencia se mueva dentro del ámbito de lo razonable, esto es, se apoye sin contradicción y con verosimilitud en lo que acerca de tal realidad la experiencia y la ciencia nos digan.

Apliquemos estos principios al *mysterium doloris*, en el caso de que el dolor revista el modo de la enfermedad. ¿Por qué el poder enfermar y el consiguiente enfermar de hecho pertenecen por modo inexorable a la condición humana? ¿Por qué la enfermedad y el dolor? No lo sabemos con evidencia y –en mi opinión, al menos– nunca lo sabremos. La existencia cósmica del dolor humano no merecido será siempre un misterio, cualquiera que sea el nombre que a la misteriosidad queramos dar. Pues bien: ante ese inexorable e incomprensible hecho de nuestra existencia, cuatro actitudes básicas es posible adoptar:

1.ª Constatar tal inexorabilidad y tal incomprensibilidad, declararlas absurdas e intentar hacer la vida desde la desesperación y la desesperanza que de tal constatación son ineludible consecuencia. Nacen así el nihilismo y el progresismo de los desesperados.

2.ª Pensar que la existencia del dolor no merecido y de la enfermedad debe ser atribuida a una determinada situación histórica y social de la humanidad, y creer que nuestra inteligencia y nuestra voluntad son capaces de lograr para ella un estado en que el dolor no merecido y la enfermedad desaparezcan. Tal es la base del optimismo y el progresismo de los utopistas.

3.ª Aceptar creyentemente una explicación sobrerracional, dogmática, de dicha realidad –por ejemplo: que la existencia del dolor no merecido y de la enfermedad tienen como fundamento y primer origen la «herida» que un pecado original de los primeros hombres infligió a la naturaleza humana *in genere*–, y conformarse buscando soluciones sobrenaturales a la situación terrenal así causada. Tal es la raíz de la vida histórica de los resignados.

4.ª Admitir la radical inexorabilidad y la última incomprensibilidad de la existencia del dolor no merecido y la enfermedad y –cualquiera que sea la explicación sobrerracional acerca de ellas– tomarlas como estímulo positivo para pensar sobre ellas y sobre ellas edificar la vida. Es la base del progresismo de los posibilistas.

Pues bien: vital y metódicamente adoptada esta cuarta actitud, el pensador no tarda en descubrir que el misterio así entendido, a la vez que se hace verosímil, da alguna luz acerca de la realidad cuyo núcleo forma. En el caso de la enfermedad, y tomando como pauta mental la metafísica de Zubiri, lo siguiente:

1.º La experiencia de la enfermedad y la constitutiva sobrerracionalidad del hecho de «no poder no enfermar» ponen a la existencia ante el «fondo último de lo real», y le permiten descubrir que ese misterioso fondo es para él «poderoso», le impone un modo de ser al cual el «no poder no enfermar» pertenece esencialmente.

2.º Pero ese fondo, a la vez que se le impone bajo forma de enfermabilidad inevitable y de enfermedad factualmente no evitada –la que de hecho está padeciendo el que así piensa–, se le muestra «impelente», le impulsa desde la raíz de sí mismo a luchar contra la presentación y contra la fuerza tanática de las enfermedades factualmente padecidas, tal es la razón histórica del arte de curar, y a entender a esa luz el hecho y la estructura metafísica del enfermar propio y del enfermar humano.

3.º Así entendida, la enfermedad puede iluminar dolorosamente la realidad física y metafísica de la religación de uno mismo y del hombre *in genere* y, en consecuencia, conceder luces nuevas acerca de uno mismo y de quienes son como uno mismo. Este es el fundamento metafísico del carácter de «recurso» que la enfermedad tiene, y ésa es la vía por la cual Pascal, Novañis y tantos más han podido hablar de su «utilización» en la tarea de edificar la vida propia. La constitutiva probación que es la enfermedad se convierte así en iluminación de la existencia.

Acerca del tema, véase mi libro *Enfermedad y pecado* (Barcelona, 1961) y el antes citado estudio de D. Gracia Guillén «La estructura de la Antropología médica».

PARTE III

EL ACTO MEDICO Y SUS HORIZONTES

Buena parte de lo que acerca de la enfermedad he dicho hasta ahora no se ajusta con suficiente exactitud a lo que efectivamente es –o suele ser– la constitución del accidente morboso. Mi reflexión ha sido hecha, en efecto, como si el proceso de la enfermedad, desde que el vector nosogenético toma cuerpo hasta que formalmente se configura el cuadro sintomático, no quedase sometido a ninguna influencia externa; lo cual puede suceder, sin duda, pero de ordinario no sucede. Dos razones, con frecuencia mutuamente implicadas, obligan a replantear el problema. La primera, que el enfermo responde operativamente al sentimiento de su enfermedad, casi siempre bajo forma de automedicación, con las correspondientes consecuencias, favorables unas veces, perturbadoras otras, sobre la evolución de su dolencia. La segunda, que, con previa automedicación o sin ella, la presencia y la actuación del médico operan siempre, y en ocasiones decisivamente, sobre el modo de hacerse sentir y de realizarse la afección morbosa. Estar enfermo no es una vicisitud de la existencia humana cuya realidad quede limitada a lo que espontáneamente acontece en el organismo y en la psique del paciente. Como sabemos, lo que acontece en el organismo y en la psique del enfermo se halla *también e ineludiblemente* codeterminado por su entera biografía, su entorno social y su situación histórica, y muy en primer término por la persona de ese entorno a la que directamente conviene el cuidado técnico de la enfermedad: el médico; más aún, *tal* médico. Que la persona del médico suela presentarse hoy ante el enfermo bajo forma de equipo y dentro del marco de una institución asistencial, de ordinario el hospital, complica, sí, el planteamiento del problema, pero no lo modifica esencialmente.

Creo que no ha sido suficientemente estudiada la variación histórica de los modos de realizarse y manifestarse las enfermedades. Llámeseles o no «especies morbosas» o «entidades nosográficas», la existencia de modos típicos de enfermar es incuestionable. Pues bien: ¿cómo no advertir –valgan, entre tantos posibles, estos dos ejemplos– que la sífilis del Renacimiento revistió formas

clínicas muy distintas de las que ostenta la sífilis actual, y que la tuberculosis pulmonar, el modo de enfermar así llamado hoy, no se ha manifestado de igual manera en la Grecia hipocrática, en la Inglaterra de Morton, en el París de *La dama de las camelias* y en la Europa y la América actuales?

Aparte la indudable influencia de la individualidad del enfermo, tres son, a mi modo de ver, los concurrentes y coimplicados motivos de tal variación. Uno de naturaleza biológica, las modificaciones mutacionales que, en el caso de las enfermedades infecciosas, hayan podido experimentar los gérmenes patógenos, y acaso haya experimentado la constitución del organismo afecto. ¿Cómo no admitir que la constitución biológica del hombre de Neanderthal, y por tanto su modo de reacción a los agentes patógenos, difería de la constitución biológica de los europeos actuales? Otro motivo de carácter histórico; porque la peculiaridad de cada situación histórica –India védica, Cos y Cnido, el Londres de Sydenham, la Viena de Stoll, el París de Trousseau, la Norteamérica de Osler– es la que determina los recursos y los modos con que, actuando sobre el enfermo, modifica el médico la apariencia y el curso de la enfermedad. Un tercer motivo, en fin, de índole social; porque del nivel y del grupo a que socialmente pertenece el paciente dependen a una la asistencia que éste recibe, la configuración del vector nosogenético y la peculiaridad de la respuesta a él. Ahora bien, buena parte de todo ello cobra concreta y definitiva realidad en la actuación del médico cuando atiende al enfermo: en ella, en efecto, se actualizan y operan tanto lo que la situación histórica ofrece para el logro de dicha modificación –un solo ejemplo: la obra de Ehrlich, Fleming y Waksman permite al terapeuta de nuestros días alterar técnicamente la génesis y la figura de las afecciones sensibles a la quimioterapia y los antibióticos–, como lo que a tal respecto impone la situación social en que el acto terapéutico se realiza.

Conocer lo que en su realidad efectiva es la enfermedad –y, por supuesto, lo que en su esencia misma es la medicina– exige tener una clara idea de lo que son el acto médico, allende las variadísimas formas históricas, sociales y ocasionales con que de hecho se presenta, y la relación interpersonal de que ese acto surge. ¿Qué es, antropológicamente considerada, la relación entre el médico y el enfermo? ¿Qué es el acto médico, cuál su estructura, cuáles los modos principales que al realizarse adopta? ¿Hacia qué horizontes se mueve la actividad del médico en estos últimos lustros del siglo XX? Tales son las cuestiones que ahora van a ocuparnos.

En nueve capítulos se ordenará mi reflexión: I. La relación médico-enfermo y el acto médico. II. El momento afectivo del acto médico. III. El momento cognoscitivo del acto médico. IV. El momento operativo del acto médico. V. El momento ético del acto médico. VI. El momento social del acto médico. VII. La curación: sus modos y sus grados. VIII. La muerte del enfermo. IX. La mejora de la naturaleza humana.

CAPITULO 1

La relación médico-enfermo y el acto médico

Sean empíricas, mágicas o técnicas la mentalidad y la práctica del sanador cuando éste se acerca al enfermo, entre ambos se establece un modo peculiar de la relación interpersonal, determinado por la situación vital de una de las dos personas (un hombre que a consecuencia de su enfermedad necesita ayuda) y las capacidades que se atribuyen a la otra (un hombre dispuesto a prestar esa ayuda conforme a lo que de él se espera). Bajo tan enormes diferencias en el contenido y en la forma, algo común tiene, en efecto, la relación sanador-paciente en estos tres casos: la operación del curandero que empíricamente reduce una fractura ósea, el rito del chamán o el hechicero en cuya virtud mágica creen tanto él como el enfermo y la asistencia del médico que según los recursos del diagnóstico y la terapéutica actuales trata una insuficiencia coronaria. No puedo pensar que para este último sea motivo de deshonor la existencia de una radical comunidad, a la postre humana, entre él y un ocasional sanador del paleolítico o el *medicine-man* de una tribu primitiva.

¿En qué consiste tan radical comunidad? Intentaré decirlo en las páginas que subsiguen. En ellas, es cierto, no voy a examinar aisladamente la conducta empírica, la conducta mágica y la conducta técnico-científica del sanador, para inferir luego lo que de común tengan las tres. Mi reflexión se atendrá exclusivamente a la última, tal como en el médico actual se realiza. Pero en la descripción y la comprensión de lo que hoy es la relación médico-enfermo podrá advertir el lector atento la razón de tal parecido, y por tanto la coincidente y básica condición humana del acto empírico, el acto mágico y el acto técnico-científico, en cuanto que modos de prestar ayuda al menester de un semejante enfermo. Expuesta la peculiaridad de dicha relación, estudiaré la estructura y los modos de los diversos actos en que se concreta; más precisamente, la estructura y los modos del acto médico (1).

(1) El lector que desee más amplia información sobre el contenido de este capítulo, vea mis libros *La relación médico-enfermo, Teoría y realidad del otro, Sobre la amistad* y *Ocio y trabajo* (capítulo «La enfermedad como experiencia»).

I. LA RELACION MEDICO-ENFERMO

Muchas pueden ser en su realidad factual las formas en que se realiza la relación entre el médico y el enfermo: la visita domiciliaria, el encuentro en un ambulatorio, la intervención quirúrgica, la recepción en el consultorio privado, la asistencia al comatoso, la cura en el campo de batalla, etc. A la vista de tan variado elenco, ¿cabe afirmar que en dicha relación es esencial, y por tanto ineludible, el contacto directo entre sus dos miembros? Si aquélla ha de ser acabada –porque no puede desconocerse la posibilidad de que el médico evacue una consulta por carta o por teléfono–, la respuesta debe ser afirmativa. Es cierto que la mentalidad técnica ha imaginado o soñado la utopía de un diagnóstico logrado mediante signos puramente objetivos (cifras analíticas, trazados gráficos) y un tratamiento limitado a la ejecución de prescripciones escritas y automáticamente derivado de aquél; en definitiva, la existencia futura de una *medicina sine medico*. Pero aunque la automatización de la práctica médica ha de lograr maravillas, especialmente en los casos que más adelante serán considerados, tengo por seguro que la asistencia al enfermo nunca podrá alcanzar la perfección deseable sin que el médico reciba directamente de él la información que como tal enfermo debe darle, y sin que la operación terapéutica lleve consigo la parte que la persona del sanador ineludiblemente pone en ella.

Puede también objetarse que, sin necesidad de llegar a los extremos de tal utopía, la actual medicina en equipo fracciona la relación médico-enfermo en tantas porciones como médicos intervienen en el proceso del diagnóstico y el tratamiento, y por consiguiente hace de ella algo sobremanera distinto de lo que desde los tiempos hipocráticos hasta hoy ha venido siendo. Lo cual sólo en alguna medida es cierto, por dos razones. La primera, que, aunque no se lo propongan sus miembros, es el equipo mismo el que ante el enfermo aparece como «persona médica»: en él pone su confianza y a él, si llega el caso, hace responsable de su desconfianza. La segunda, que de ordinario es uno de los componentes del equipo, bien por su función, bien por su calificación, el que ante el paciente asume y personaliza cuanto acerca de la relación médica diré en las subsiguientes páginas.

Esto expuesto, estudiaré sucesivamente el fundamento, la índole, la estructura y los modos principales de dicha relación.

1. El fundamento de la relación médica

Como en lo dicho se habrá advertido, llamo *relación médico-enfermo* o, más sencillamente, *relación médica*, a la vinculación que entre ellos se establece por el hecho de haberse encontrado, uno como tal enfermo, otro como tal médico; vinculación cuya índole propia depende ante todo del menester que sufre aquél y de la capacidad de ayuda técnica que posee éste. La relación médica tiene, pues, un fundamento genérico, especificado según líneas diversas.

Que un hombre preste ayuda al menester de otro; tal es el *fundamento genérico* de la relación médica. «Clínica auténtica –escribió, con certera concisión, Jiménez Díaz– es la que ejercita un hombre frente a otro hombre.» Es el hombre un ser constitutivamente menesteroso; *ens indigens*, ser indigente, cabría llamarle. Necesita del cosmos energético-material, y por esto respira aire e ingiere alimentos; necesita de los otros hombres, tanto como mediadores para dar pábulo a las exigencias de su vida orgánica (alimentos, habitación, vestido), como para satisfacer las apetencias de su vida personal (compañía, ayuda, amor); necesita, en fin, aunque a veces no lo advierta, de una realidad fundamentante a que referir el sentido de su existencia, Dios o un sucedáneo de Dios. Esta compleja menesterosidad radical pide desde su seno mismo actos de ayuda, muy especialmente en ciertas situaciones, entre ellas la enfermedad; ayuda que no sería completa si quedase limitada al afán de lucro o al cumplimiento de una relación contractual, si no fuese donación amorosa de otro u otros hombres. Lo cual no podría acaecer si el hombre, además de ser *ens indigens*, no fuese a la vez *ens offerens*, ser oferente. En el binomio menester-amor tiene la relación médica, pues, su verdadero fundamento; al menos, cuando en la asistencia al enfermo no predominan excesivamente intereses mucho menos nobles.

Tal fundamento genérico se especifica según dos líneas principales, tocante una a la realización histórica y social de la existencia humana (*pólis* griega, monasterio medieval o ciudad moderna, con sus correspondientes niveles sociales) y relativa la otra a la ejecución de la asistencia al enfermo (modo empírico, modo mágico y modo técnico de ella). Como ya advertí, sólo al modo técnico de la asistencia médica voy a referirme en mi descripción; el vigente en el mundo occidental desde Alcmeón de Crotona y los hipocráticos hasta hoy; ese que, según lo que para los griegos fue la *tékhnê*, exige del médico saber racionalmente, en definitiva científicamente, lo que por naturaleza son la enfermedad, el enfermo, el remedio y el empleo curativo de éste. En consecuencia, la actual situación de la relación técnica entre el médico y el enfermo será el *fundamento específico* de la realidad a que nuestra reflexión va a referirse.

2. La índole de la relación médica

Tres planos deben ser metódicamente discernidos, según lo dicho, en la unitaria realidad de la relación médica; ésta es, en efecto, relación interhumana, relación de ayuda y relación técnica. Veamos, pues, en primer término, cuál es la situación de la relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interhumanas.

a. *Relación entre hombre y hombre*

Por su intención, su contenido y su forma, la *relación de un hombre con otro hombre* puede adoptar un grandísimo número de modalidades factuales, desde

el abrazo amistoso y la conversación efusiva hasta el silencio hostil y la mutua agresión homicida; pero ese casi inagotable caudal de posibilidades puede ser ordenado según los dos modos cardinales de la relación interhumana, la relación objetivante y la relación interpersonal.

Llamo *relación objetivante* a aquella en que uno o los dos hombres que la integran intentan convertir al otro en puro objeto. Intencionalmente, el otro queda entonces reducido a ser realidad carente de libertad personal y fines propios; en definitiva, «cosa». Así acontece en las conocidas descripciones de Hegel (la relación señor-siervo) y de Sartre (el encuentro a través de la mirada objetivante).

Ahora bien: la intención del encuentro objetivante, y por tanto la objetivación del otro, se realiza en dos formas principales, la reducción del otro a «espectáculo» y su utilización como «instrumento». En tanto que espectáculo, el otro está ante mí mostrando a los ocasionales fines de mi persona (la fruición estética, la curiosidad científica, la voluntad de burla o de menosprecio, el interés profesional) la sucesión de los aspectos sensibles de su realidad. En tanto que instrumento, el otro me es objeto brindándome la posibilidad de modificarle y utilizarle al servicio de mis intenciones. Mas tampoco así queda completo el cuadro, porque tanto la contemplación como la utilización instrumental pueden ser amorosas y odiosas. Al otro puedo contemplarle con amor (con alguna de las múltiples formas del amor) o con odio (con alguna de las múltiples formas del odio); la absoluta indiferencia que postularon los estoicos no parece posible ante el prójimo. Del mismo modo, al otro puedo manejarle instrumentalmente de modo amoroso (para favorecerle: el manejo del cuerpo del lactante por su madre) o de modo odioso (para dañarle: la tortura). Contemplación amorosa, contemplación odiosa, manipulación amorosa, manipulación odiosa; tales son las cuatro formas cardinales de la relación objetivante. No será ocioso añadir que el amor adopta en este caso la forma que he propuesto llamar «amor distante» y que, simétricamente, el odio es ahora «odio distante».

Objetivando intencionalmente al otro, reduciéndole hipotética y operativamente a la condición de objeto o cosa, no le trato según lo que en sí mismo él es, porque, en tanto que hombre, el otro no es cosa, sino persona; no objeto, sino –en el sentido moderno del término– sujeto. Si yo quiero tratar a otro hombre conforme a lo que él realmente es, habré de entablar con él, por tanto una *relación interpersonal*. ¿En qué consiste ésta?

Será interpersonal mi relación con otro hombre, perogrullesca verdad, cuando él y yo nos consideremos y tratemos como personas. Esto es: cuando, cualquiera que sea la idea filosófica que del ser personal se tenga –la de Boecio, la de Descartes, la de Kant, la de Scheler, la de Ortega, la de Zubiri–, él y yo nos consideremos y tratemos como seres a cuya realidad individual pertenecen la vida, la intimidad, la inteligencia, la libertad y la capacidad de apropiación. Uno es persona en cuanto que para vivir ejecuta actos inteligentes, libres y apropiadores, esto es, suyos y –si vale decirlo así– suificantes, hacedores de él mismo, y como tales los vive en su fuero íntimo. Lo cual equivale a decir que la actividad constitutiva y distintiva de la relación personal

tiene que ser la «coejecución» de los actos con que el otro ejecuta su condición de persona; y de modo más inmediato y psicológico, las vivencias en que tales actos se hacen más o menos conscientes. La relación interpersonal, en suma, es una convivencia que se realiza mediante una sucesiva coejecución de vivencias y actos.

Dos serán, según esto, los modos principales de la relación interpersonal: la convivencia amorosa, en la cual la intención unitiva emerge de una forma particular del amor (amistad, relación materno-filial, amor erótico, etc.), y la convivencia odiosa. Quien, por ejemplo, visita a un amigo que ha sufrido una desgracia para compartir –convivir– su dolor, no se limita a contemplarle; le contempla, desde luego, pero además intenta coejecutar en su intimidad la pena que el amigo está sufriendo en la suya; porque sufrir como persona es ejecutar íntimamente los actos de aflicción, desvalimiento y gravativa pérdida de la integridad vital –la «incompletud» de que a otro respecto habló Pierre Janet– en que la pena consiste. Y quien personalmente odia a otro hombre –como, por ejemplo, Joaquín Monegro a Abel Sánchez en la conocida novela unamuniana–, aspira a una coejecución dominadora de lo que el otro pretende libremente hacer y sentir en la intimidad de su alma; en último extremo, a matar en su raíz misma la libertad ajena.

Cuando la relación interhumana es verdaderamente interpersonal, el amor y el odio nos mueven a penetrar en el interior del otro, en el seno de su vida anímica; aquél es, pues, «amor instante», y este otro «odio instante», en el sentido etimológico del adjetivo y del verbo de que se derivan (*in-stare*, estar en). El odio sólo puede pasar de ahí moviendo al acto de matar físicamente a la persona odiada. El amor, en cambio, puede trocarse en «amor constante» o «amor de coefusión» (esto es: amor que efectivamente «consta») cuando las dos personas que se aman creen en el amor del otro y dan fundamento a tal creencia efundiéndose hacia él en obras de donación de sí mismo. El conjunto que en tal caso forman las dos personas deja de ser el simple «dúo» de aquellos a quienes entre sí vincula la conquista de una determinada meta, un negocio, una investigación científica o la composición de una comedia, y se convierte en «díada»; la unión dual se trueca en unión diádica.

b. *Relación de ayuda*

Objetivante o interpersonal, la relación interhumana puede adoptar muchas formas; entre ellas, aquella a que genéricamente pertenece la asistencia médica: la *relación de ayuda*. Y en cuanto que relación de ayuda, ¿es objetivante o es interpersonal la relación médica? Para el médico, ¿es el enfermo puro «objeto» –es decir: realidad «objetivamente» contemplada y modificada– de una ayuda médicamente técnica?

Cabe pensar que la relación médica es una relación interhumana pura y exclusivamente objetivante. Por lo menos, así ha venido concibiéndola la patología de Occidente, desde Alcmeón de Crotona hasta nuestro siglo. Según ella, el enfermo ha de ser para el médico puro objeto de contemplación cognoscitiva (a

la postre, «espectáculo», en el más amplio y noble sentido de la palabra; esto sería el diagnóstico) y puro objeto de manejo terapéutico (en definitiva, «instrumento» de la acción técnica sanadora que el terapeuta ejecuta, aunque en este caso el instrumento se beneficie del resultado favorable de tal acción). Para el médico, el paciente debe ser, a la vez, lo que la planta es para el botánico que la identifica y lo que es el motor averiado para el ingeniero que lo repara. Pero, por grande que haya sido y siga siendo la eficacia de tal mentalidad, ¿puede ser satisfactoria una medicina que programáticamente desconoce la índole personal de la realidad sobre que actúa? Tanto los enfermos como los médicos de este siglo –algunos sin saberlo ni pretenderlo– han dado una rotunda negativa a esta interrogación. Ya que el paciente es hombre y el hombre es persona, la relación entre él y el médico debe ser, en principio, interpersonal.

Pero la relación médico-enfermo, ¿puede ser pura y exclusivamente relación interpersonal? Para quien está haciendo una visita de pésame a un amigo afligido es cosa relativamente secundaria el estado del cuerpo de éste; lo importante, lo decisivo para él es la aflicción que en aquel momento traspasa la intimidad de la persona con quien está. El médico, en cambio, no puede serlo sin convertir en objeto contemplable el cuerpo del enfermo. Percutir un tórax, ¿qué es, sino hacer de ese tórax un objeto sonoro? El amigo, por otra parte, se conduce como tal coejecutando en su intimidad y en su expresión la pena de su amigo; al paso que el médico, que no puede coejecutar y vivir como suyo, aunque compasivamente lo quiera, el dolor cólico o el vértigo de su paciente, debe operar mediante fármacos e intervenciones manuales sobre la realidad somática de aquel a quien ayuda, y por tanto «manejar» esa realidad, hacerla instrumento pasivo de su intención terapéutica. No: la relación médica no puede y no debe ser relación pura y exclusivamente interpersonal.

Entonces, ¿cuál es –mejor: cuál debe ser– su índole propia? Nos dará una primera respuesta la consideración de que entre la pura relación objetivante y la pura relación interpersonal hay en la vinculación interhumana varios modos intermedios; no porque en ellos se establezca entre hombre y hombre un tipo de comunicación distinto de la objetivación contemplativa o instrumental y de la coejecución de actos psíquicos, sino porque ambas se combinan de manera diversa en la peculiar estructura de cada uno. El conjunto humano de la relación puramente objetivante se halla constituido por un sujeto, el individuo que objetiva, y un objeto, el individuo objetivado; el conjunto humano de la relación puramente interpersonal es la díada, el «nosotros» a que da lugar la mutua efusión amorosa de dos personas. Pues bien: entre el sujeto-objeto de la objetivación y la díada de la comunión interpersonal hay por lo menos dos realidades típicas intermedias, el dúo y la cuasi-díada.

El «dúo», decía yo antes, es el conjunto de dos personas que se asocian y cooperan en el logro de una meta común. Desde hace un siglo, un nombre se ha impuesto para designar este modo de la vinculación interhumana: camaradería. La relación médica, ¿será un caso particular de tal relación dual? Tal parece ser el pensamiento de von Weizsäcker cuando llama *Weggenossenschaft*, «camaradería itinerante», a la relación terapéutica (2). Yo pienso, en cam-

bio, que el conjunto formado por el médico y el enfermo –dejando aparte su ineludible dimensión social– pertenece a otra especie distinta, la «cuasi-díada» que se constituye en la relación de ayuda; de la cual son principales formas particulares el consejo, la educación y la asistencia médica.

En la relación de consejo, un hombre ayuda a otro para que éste tome en su vida una decisión. Conociendo lo que el otro es y conjeturando lo que en el futuro puede ser, el aconsejante muestra al aconsejado un camino hacia ese futuro y le deja en libertad para emprenderlo o no. La objetivación y la ejecución son, pues, partes integrables del acto de dar consejo; el cual, entre las tres mencionadas formas de la relación de ayuda, es la más próxima a la puramente diádica de la amistad y el amor.

Cuasi-diádica es también la relación educativa. En ella, el maestro ayuda al discípulo para que éste adquiera un determinado saber, bien cognoscitivo (saber latín o geometría), bien operativo (saber nadar o bailar). También el acto pedagógico requiere la objetivación y la coejecución –mal pedagogo será quien no conozca en cierta medida a su discípulo y no trate de coejecutar en su propia alma, por vía conjetural y adivinatoria, lo que pasa en el alma de aquel a quien enseña– y, por supuesto, cierta peculiar forma de amistad, la *philía paidagogikê* de que hablarían Sócrates y Platón. Pero esta «amistad pedagógica» no es amistad interpersonal pura, porque en cuanto amigo, y sin mengua de su buena voluntad respecto del otro, el amigo respeta y acepta lo que el otro es, al paso que el educador lo es no aceptando lo que entonces es su discípulo –delicadamente– y esforzándose por modificar según arte el ser provisional y deficiente de éste. Modalidad típica de la relación causi-diádica de ayuda, la relación educativa está más lejos de la pura díada que la relación de consejo.

Viene en tercer lugar, más objetivante y menos diádica, la relación a que da lugar la asistencia médica. Quien como médico ayuda a un enfermo, trata de que éste reconquiste para su vida el hábito psicoorgánico que llamamos salud. Lo cual, como iremos viendo, exigirá de aquél la práctica de actos psíquicos coejecutivos, pero en más amplia medida la apelación a operaciones objetivadoras, puesto que la enfermedad es siempre y primariamente un estado del cuerpo, y primariamente corporales son, en consecuencia, los sentimientos que en el alma del enfermo la revelan. Así, la peculiar amistad entre el médico y el enfermo –la «amistad médica» de que más adelante se hablará– se halla todavía más lejos de la pura amistad interpersonal que la amistad pedagógica; y teniendo que ser de algún modo y en alguna medida amor instante, e incluso amor constante, porque el enfermo debe sentir como efusivas ciertas acciones del médico, está muy próxima ya al amor distante de la objetivación benevolente que antes describí (3).

(2) En rigor, y para hacer justicia a von Weizsäcker, hay que decir que en alemán hay una diferencia de matiz entre *Genossenschaft* y *Kameradschaft*.

(3) El psicoanalista norteamericano Th. S. Szasz se ha esforzado en demostrar que la terapéutica psicoanalítica debe ser entendida como educación. En términos absolutos, no creo que sea así. Pero es indudable que ese modo de la acción terapéutica es el más cercano a la acción educativa. Volveré sobre el tema.

Dos precisiones son necesarias antes de avanzar en nuestro análisis. Atañe la primera al papel de la objetivación en la díada y en la cuasi-díada y al nexo que debe existir entre ella y la coejecución. En la relación diádica la objetivación es desde luego necesaria (4), pero sólo con necesidad de medio, porque lo decisivo y terminal en ella es la comunión, la coejecución unitiva. A título de ejemplo, piénsese en la contemplación de la persona amada por la persona amante. En la relación cuasi-diádica de ayuda, en cambio, se invierten los términos: la coejecución es en ella necesaria con necesidad de medio, y, bajo forma de contemplación o de manejo instrumental, la objetivación se constituye en verdadero fin, porque lo que con ella se pretende, aun en el caso del consejo más delicado y respetuoso, es una modificación efectiva de la realidad del otro. De ahí que de la pura amistad haya una ascética y no pueda haber una técnica; y recíprocamente, que la actividad de aconsejar, la de educar y la de curar deban hallarse regidas, si han de ser plenamente eficaces, por sus técnicas respectivas, y que éstas sean tanto más acusadas y rigurosas cuanto más próximas a la pura objetivación se halle la actividad respectiva.

Concierne la segunda precisión al carácter social de la relación cuasi-diádica. En tanto que fundamentalmente interpersonal, la relación diádica es, si vale decirlo así, sobresocial: sólo para el amigo y el amigo es en principio el acto de amistad, cuando verdaderamente se realiza. En medida creciente desde la asistencia médica hasta el consejo, algo sobresocial hay en la relación cuasi-diádica; no en vano pudo decir Schweninger, aunque errase sin saberlo, que cuando atendía a un enfermo ambos estaban como en una isla desierta (5). Pero las cuasi-díadas que forman el aconsejante y el aconsejado, el maestro y el discípulo y el médico y el enfermo, ésta sobre todo, sólo socialmente pueden construirse; y así, actos sociales son el diagnóstico y el tratamiento, y preponderantemente sociales son las obligaciones éticas a que uno y otro se hallan sometidos.

En suma: la relación médica es una cooperación cuasi-diádica de ayuda, enderezada hacia la reconquista por parte del enfermo del hábito psicoorgánico a que damos el nombre de salud.

3. Estructura y dinámica de la relación médica

Así entendida la peculiar índole de la relación médica, cabe discernir en ella su estructura y su dinámica. Acerquémonos a ella definiendo previamente el modo ideal y canónico de dicha relación.

Tanto en el orden formal como en el orden material, la relación médica muestra los más diversos aspectos. Su marco social puede ser una policlínica, un consultorio privado, el domicilio del enfermo o una sala hospitalaria. Su

(4) ¿Podría no serlo, si sólo a través del cuerpo puede establecerse?

(5) La tópica atribución de esta frase a Schweninger, médico muy prestigioso en el Berlín birmarckiano, ha sido recientemente corregida por K. Rotshuh. No fue Schweninger su autor, sino un discípulo suyo que en determinada ocasión hubo de representarle.

contenido es distinto en la visita del internista, en la intervención del cirujano y en el tratamiento del psicoterapeuta. Al médico, por otra parte, pueden moverle las más dispares intenciones: una genuina vocación, el interés científico, el deber profesional, un dominante apetito de lucro o prestigio. El enfermo, a su vez, puede acudir al médico movido por muy diferentes propósitos (la reconquista de la salud, el deseo de saber lo que tiene, el logro de una baja en el trabajo), configurado por muy distintas mentalidades (supersticiosa o científica, religiosa o descreída) y dominado por los más variados afectos anímicos (confianza o desconfianza en el médico, esperanza o desesperación, voluntad de lucha contra la enfermedad o total postración ante ella). Trataré de mostrar cómo de la mutua implicación de tan polimorfa gama de motivos surgen los diversos modos típicos de la relación médica. Mas para proseguir con fruto nuestro estudio, parece inexcusable referirla de antemano a la forma ideal y canónica de esa relación: la que se establece entre un médico que actúa con vocación de tal y tiempo suficiente y un enfermo con auténtica voluntad de curación, sin una mentalidad mágica o supersticiosa especialmente acusada y con alguna confianza en la capacidad técnica y en la persona de quien le atiende. ¿Cuáles serán en tal caso la estructura y la dinámica de la vinculación entre ambos?

a. *Estructura y dinámica*

Actualizándose y manifestándose en cada uno de los actos en que la asistencia al enfermo se realiza, la *estructura* de la relación entre éste y el médico se halla compuesta por la mutua integración de cinco momentos principales: uno afectivo, la amistad médica a que acabo de referirme y de que luego más ampliamente trataré; otro cognoscitivo, el conocimiento diagnóstico; otro operativo, el tratamiento; y condicionando el modo de los tres, otro ético, constituido por el cumplimiento de las normas morales a que los tres deben someterse, y otro histórico-social, del que son parte los motivos situacionales (pólis griega, ciudad medieval o moderna), políticos (práctica en una sociedad liberal o en una sociedad socialista) y genuinamente sociales (clase y grupo humano a que médico y enfermo pertenezcan) de dicha relación. En los capítulos subsiguientes los estudiaré más detenidamente. Ahora quiero limitarme a una escueta afirmación: que en todo acto médico se dan todos simultáneamente. El diagnóstico es, desde luego, un acto cognoscitivo; pero, cuando lo busca, el médico, sépalo o no, quiéralo o no, está tratando al enfermo y se halla afectiva, ética, histórica y socialmente condicionado; y *mutatis mutandis*, otro tanto cabe decir del tratamiento o del acto social.

Así estructuralmente constituida, la relación médica muestra una *dinámica*, cuyo estudio obliga a considerar separadamente el fin, la consistencia, el vínculo y la comunicación propios de aquélla. Más precisamente: cómo la consistencia, el vínculo y la comunicación propios de la relación médica, e inherentes a ella, se mueven hacia el fin a que ocasionalmente se halle ésta ordenada.

b. *Fin propio*

El *fin propio* de la relación médica, la meta a que aspira la conjunción cuasi-diádica entre el médico y el paciente, es en principio la curación de éste, la reconquista de la salud que ha perdido; pero cuando la enfermedad es incurable, tal fin tendrá que limitarse a ser el logro del mejor o menos malo modo de vivir entre todos los que la enfermedad hace posibles, y deberá ser en algunos casos, cuando ya la muerte del enfermo parece inevitable, la simple ayuda al mejor morir que la persona del moribundo permita. Tales son los horizontes del acto médico cuando se halla determinado por la asistencia a un enfermo. Los capítulos consagrados a estudiar el tratamiento, la curación y la muerte desarrollarán este sumario apunte.

c. *Consistencia propia*

Al examinar cómo se especifica la relación de ayuda en la asistencia médica y la diversa conexión entre la actividad objetivante y la actividad coejecutiva, algo se dijo acerca de la *consistencia propia* de la relación médica. En espera de lo que sobre el tema habrá que añadir al examinar temáticamente la realidad del diagnóstico y la del tratamiento, tal vez sean oportunas algunas precisiones sobre la mutua articulación de la actividad objetivante y la actividad coejecutiva en dicha relación, en tanto que componentes esenciales de ella.

Que la objetivación de la realidad del enfermo sea condición absolutamente necesaria en la relación médica, es cosa por todo extremo obvia. Percibiendo el tinte ictérico de su piel, auscultando en su tórax un soplo mitral o constatando una hiperglucemia en su sangre –por tanto: percibiendo objetos de carácter somático–, el médico objetiva lo que en la realidad del enfermo es organismo. Detectando técnicamente la existencia de una alucinación o de una idea delirante –esto es: percibiendo objetos de carácter mental–, objetiva asimismo lo que en la realidad del enfermo es psique. Pero, además de ser condición absolutamente necesaria para la relación médica, ¿puede ser la objetivación condición suficiente? Sólo los fanáticos del organicismo se han atrevido a dar una respuesta afirmativa. «El tiempo empleado para hacer un buen interrogatorio es tiempo perdido para hacer un buen diagnóstico» decía a sus alumnos el internista W. Leube, a fines del siglo XIX. No creo que en la actualidad tenga muchos secuaces esta sentencia. Ahora bien: sin coejecución –esto es: sin que el médico coejecute en su intimidad los actos psíquicos del enfermo, cuando cree que éste le responde sinceramente–, no es posible un interrogatorio cabal. La coejecución, en consecuencia, es también condición necesaria para el establecimiento de la relación médica.

No pocos médicos seguirán pensando, sin embargo, que la satisfacción de tal necesidad no añade nada verdaderamente esencial al diagnóstico y al tratamiento. Saben que tratando con el enfermo tienen ante sí una persona que sufre, y ellos no son tan duros y crudos doctrinarios del organicismo como para desconocer metódicamente esta realidad. Más aún: saben también que sin la

efectiva y manifiesta consideración de ese sufrimiento –por tanto: sin la coejecución de los actos psíquicos que en el alma del enfermo a ese sufrimiento correspondan– no sería posible una relación médica enteramente satisfactoria. Pero a la vez piensan que en verdad, en verdad, un diagnóstico y un tratamiento auténticamente científicos sólo en una rigurosa práctica de las técnicas objetivantes puede basarse. «El médico debe tener en cuenta en sus tratamientos consideraciones de orden familiar y moral que nada tienen que ver con la ciencia», dijo por todos ellos Cl. Bernard. Porque para el genial fisiólogo y para estos clínicos, «ciencia» es tan sólo la que se atiene al conocimiento objetivo de la realidad según el modelo de la física y la química, la *Naturwissenschaft* de los alemanes, sea tal realidad la de una estrella, la de la sal común o la del hombre.

Pese a la inmensa autoridad de Cl. Bernard, en modo alguno es así, si ha de ser doble y acabadamente científica –científica según las ciencias de la naturaleza y según las ciencias del hombre– la relación entre el médico y el enfermo. La partición de ella en una fracción, la verdaderamente científica e importante, derivada de la objetivación, y otra sólo táctica y accesoria, procedente de una coejecución compasiva, de ningún modo corresponde a la vinculación entre el médico y el enfermo que antes llamé ideal o canónica, aunque en muchos casos pueda pragmáticamente resolver los problemas inmediatos del clínico. La coejecución y, por consiguiente, la realidad de lo coejecutado, pertenecen *esencialmente* a la consistencia de la relación médica ideal, porque tanto el diagnóstico como el tratamiento llevan consigo la necesidad de practicar actos psíquicos coejecutivos; los cuales deben ser regidos por una técnica tan rigurosa, a su modo, como las que presiden la objetivación, y descansar sobre un saber, el correspondiente a la realidad psíquica y personal del hombre, no menos científico que el correspondiente a las ciencias de la naturaleza.

Debe ser así porque, de muy varios modos, la enfermedad puede pertenecer a la mismidad personal del enfermo, a la realidad a que un hombre se refiere cuando dice «yo mismo»; con otras palabras, porque a la enfermedad –quiero decir: al sentimiento y a la interpretación de la enfermedad procedentes del hecho de padecerla– el enfermo puede en no pocos casos y con toda propiedad llamarla «mía».

Llamó Husserl *das Mir-Eigene*, «lo para-mí-propio», a la esfera de las vivencias pertenecientes a la realidad propia del sujeto. La vivencia de mi actividad de pensar y los sentimientos que mi cuerpo suscita en mi conciencia son momentos integrantes de «lo para-mí-propio»; al paso que la sensación de la mesa que tengo ante mí y la vivencia de ser mirado por quien con impertinencia me contempla tienen en mí su sujeto, desde luego, pero no pertenecen a la esfera de «lo para-mí-propio», sino a la esfera de «lo para-mí-ajeno», al *das Mir-Fremde*. Nada más evidente. Pero, a mi modo de ver, estos valiosos conceptos husserlianos no son suficientes, porque la esfera de «lo para-mí-propio» se halla integrada por otras dos, fenomenológica y psicológicamente deslindables entre sí: la esfera de «lo en-mí» y la esfera de «lo mío».

En este momento me asalta un dolor de muelas. Tal dolor procede inequívocamente de mi cuerpo, y no menos inequívocamente está en mí, en mi con-

ciencia: ¿puedo, sin embargo, decir que real y verdaderamente es mío, aunque para hablar coloquialmente de él diga yo «mi dolor de muelas»? En modo alguno. Yo lo vivo como algo brutal e incomprensiblemente surgido en mí; para mí es algo que me sobreviene, que me asalta «desde fuera». Más aún: no lo acepto, me sublevo contra él, trato de eliminarlo de mi conciencia y de mi vida ingiriendo un analgésico o, más radicalmente, suprimiendo de mi cuerpo la parte de que procede y en que asienta. Mientras dura, el dolor de muelas está en mí, pero no es mío. Pertenece a la esfera de «lo en-mí».

¿Qué es entonces, en un sentido riguroso, «lo mío»? Evidentemente, lo que yo vivo como parte integrante de mi mismidad; lo que en auténtica propiedad pertenece a mi persona; lo que en mi más personal intimidad me es necesario para ser y seguir siendo «yo mismo». Lo mío puede serme en principio grato o ingrato, aunque siempre me sea más fácil o más tentador considerar «míos» los ingredientes gratos –actos, sentimientos– de mi propia vida. Para afirmar de algo su «meidad», su carácter de «mío», lo decisivo, pues, no es la índole grata o ingrata de su afección a mi persona, ni los títulos biológicos o jurídicos de su adscripción a mi vida, sino la autenticidad y la íntima certidumbre de su pertenencia a ese núcleo de mi personal realidad en que verdaderamente yo soy «yo mismo» y puedo hablar de «mí mismo».

Idea o creencia, volición o sentimiento, de cuatro modos cardinales puede ser mío un acto psíquico; cuatro son, por tanto, las vías principales por las que llega a constituirse la verdadera «propiedad» de mi persona, la que yo «propiamente» soy: la asunción, la creación y la aceptación y la donación. Es «mío por asunción» lo que, viniendo a mi vida desde fuera de mí, por mí es incorporado a mi realidad personal y asumido en ella. Así ha llegado a ser mío, parte integral de mi «yo mismo», el amor a mis hijos; y de igual modo puede llegar a ser mío lo que ocurre en mi cuerpo, aunque eso que ocurre sea una enfermedad (6). Es «mío por creación» lo que, habiendo surgido en mi vida por obra de mi libertad creadora –poco importa para el caso que la importancia del acto creador sea mínima–, no es repudiado por mí y queda en mí como parte irrenunciable de mi realidad y mi vida. Es «mío por aceptación» lo que entra en mi vida desde fuera de ella y yo recibo en mi intimidad como destinado a mí. Mediante la asunción conquisto como mío lo que en principio no era para mí; por obra de la aceptación recibo como mío lo que un acto de creencia me hace ver dedicado a mí, algo que una instancia exterior a mí –otra persona, la naturaleza, la providencia divina– me presenta y ofrece. Es «mío por donación», en fin, y de modo singular y paradójico, lo que por amor doy a otra persona, esa «monedita del alma» que «se pierde si no se da» del poemilla de Antonio Machado antes transcrito. Noble, abnegada, delicada manera de edificar la «propiedad» de uno mismo.

(6) Mi cuerpo pertenece a mi realidad por naturaleza, y en este sentido puedo y debo decir «yo soy mi cuerpo»; pero a la vez es parte de mi ser personal por asunción –hay ocasiones en que a través de él, porque sin él no me es posible hacer nada, «yo me encuentro con mi cuerpo»–, y esto es lo que me permite llamarle «mío», en el pleno sentido de esta palabra, o sentir frente a él las diversas vivencias que puede suscitar en mí lo incomprensible y ajeno: la extrañeza, el asombro o, sartrianamente, la «náusea».

Todo esto, ¿tiene acaso alguna conexión con la consistencia de la relación médica? Cuando tal relación es como debe ser y cuando se la examina con atención y sensibilidad, sin duda. La enfermedad, en efecto, puede ser parte de «lo mío», bien por su realidad misma, bien por sus posibles consecuencias, y el médico se ve obligado en tal caso, si quiere y puede serlo de modo cabal, a coejecutar los actos psíquicos por los que tal «meidad» –tal «suidad», en el caso del enfermo que tiene ante él– se constituye y manifiesta.

Consideremos un caso límite: la actividad del cirujano cuando en el quirófano opera un cuerpo anestesiado. Ante él hay –o así lo parece– un simple objeto viviente, sólo por su forma distinto del caballo o el perro que el veterinario opera; un puro objeto, que él palpa, incide y maneja. Pero, incluso en este caso, ¿puede ser mera objetivación la asistencia médica? En modo alguno, porque el cirujano tiene la obligación de imaginar lo que para el paciente será la cicatriz que la operación deje en su cuerpo; lo cual exige conocer la personalidad del operado, prever su vida futura y conjeturar cómo reaccionará ante las diversas eventualidades de ella. Por tanto, coejecutar adivinatoriamente las posibles actitudes y respuestas de la persona cuyo cuerpo insensible e inconsciente está incidiendo su bisturí. Una intervención quirúrgica es ante todo una relación objetivante; nada más obvio; mas también, todo lo tenue y sutilmente que se quiera, la manifestación visible de una relación interhumana coejecutiva e interpersonal.

Dejando de lado el singular caso de la asistencia al enfermo en coma, con creciente razón puede y debe afirmarse otro tanto de la enfermedad aguda, la enfermedad crónica y la enfermedad neurótica. Más de una vez habremos de ver cómo la objetivación y la coejecución han de combinarse ante ellas, para que la relación médica llegue a ser todo lo que en esencia debe ser. Por el momento, me limitaré a decir que, desde el punto de vista de su consistencia, la dinámica de esa relación se realiza –debe realizarse– como un constante avance hacia el tratamiento óptimo, en el cual el médico, en sus sucesivos contactos con el enfermo, convive con él completando metódicamente la objetivación con la coejecución y la coejecución con la objetivación. Regla que, dentro de una medicina formalmente antropológica, constituye a mi juicio el correlato de lo que para la patología puramente cosmológica, tradicional en Occidente, ha sido la «sensación del cuerpo» que como canon del conocimiento médico prescribió el tratadito hipocrático *de prisca medicina*.

d. *Vínculo propio*

Lo dicho hasta ahora permite afirmar que el *vínculo propio* de la relación médica ideal, esa hacia la cual, pese a los obstáculos que a ella se oponen, debe moverse el médico, es una particular forma del amor, a la que desde ahora llamaré «amistad médica». A lo largo de la historia, una y otra vez lo han afirmado los médicos que han visto su práctica como el ejercicio simultáneo de una profesión y una vocación. A través de Platón («El enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad», *Lisis*, 217a) y de los *Praecepta* hipocráticos («Don-

de hay amor al hombre hay amor al arte»), los griegos enseñaron para siempre que el nexo primario entre el médico y el enfermo debe ser la amistad, la *philía*, especificada como «amistad médica». El cristianismo heredó esta enseñanza, pero entendiéndola desde la idea cristiana de la amistad y el amor; trascendiendo, por tanto, el radical naturalismo del pensamiento helénico. Entre el terapeuta y el paciente el vínculo unitivo debe ser, se piensa ahora, «caridad técnica», efusión de amor del médico hacia el hombre menesteroso que es el enfermo, técnica y profesionalmente realizada como diagnóstico y tratamiento. «El más hondo fundamento de la medicina es el amor», dirá Paracelso, ya en pleno Renacimiento. La tradición de ver ese fundamento como «amistad médica» no se quiebra en el secularizado mundo moderno, aunque la manera de entenderla haya seguido líneas distintas. Cuando el médico ha permanecido fiel a la concepción del hombre como persona –a la manera de Descartes o a la de Kant–, el nervio de la vinculación ideal entre el terapeuta y el enfermo sigue siendo, bien que secularizada en cuanto a sus principios y a sus perspectivas, la «amistad técnica», una relación diagnóstica y terapéuticamente amistosa con un ser capaz de proponerse fines autónomos. Cuando, por el contrario, el médico ha confesado tácita o expresamente una antropología naturalista –por supuesto, conforme a una idea de la naturaleza distinta de la *phýsis* helénica–, la relación médico-enfermo ha sido concebida como una forma particular de la «camaradería»: sin menoscabo de sus intereses profesionales y científicos y de los varios modos individuales de su afectividad, al relacionarse con el paciente, el terapeuta le ayuda en tal caso para que, dentro de la sociedad a que ambos pertenecen, contribuya con su salud a la realización histórica de la naturaleza humana.

La amistad médica, en suma, es el vínculo propio de la relación médica ideal; vínculo que debe constituirse a partir del encuentro del médico con el enfermo y que dinámicamente va modulándose desde entonces hasta que el alta o la muerte ponen término a la actuación de aquél.

e. *Comunicación propia*

Hacia los diversos horizontes del acto médico –la curación, la asistencia del enfermo crónico e incurable, la muerte– tiene que moverse, en fin, la *comunicación propia* entre el terapeuta y el paciente. La mirada, la palabra y el silencio, el contacto manual y la relación instrumental son los principales recursos técnicos para el establecimiento de esa comunicación. En capítulos ulteriores estudiaremos cómo se ponen en juego y cómo deben ir modulándose, desde que el médico y el enfermo se encuentran.

4. Modos de la relación médica

Más de una vez he indicado en las páginas precedentes que el modo ideal o canónico de la relación médica –la que se establece entre un médico con voca-

ción de tal y tiempo suficiente y un enfermo con auténtica voluntad de curación, sin una mentalidad mágica o supersticiosa especialmente acusada y con alguna confianza en la capacidad técnica y en la persona de quien le atiende– dista mucho de darse en todos los casos. No es preciso pecar de pesimismo para reconocer que en la realidad empírica no son pocos los modos de la relación médica más o menos distantes de esa pauta ideal. Indagaciones estadísticas relativas a muy distintos lugares de los Estados Unidos (E. Koos, R. H. Blum) conducen a los siguientes resultados: el 64 % de los pacientes urbanos adultos critica con notorio descontento el modo como el médico se conduce en su relación con el enfermo; el 71 % de la totalidad de los pacientes adultos critica, a veces de modo virulento, el trato que en los hospitales han recibido; el 70 % de la población aprueba la existencia de sanadores no médicos; el 50 % de la totalidad de los pacientes ha cambiado alguna vez el médico, y el 15 % ha dejado de pagar al médico sus honorarios, casi siempre a causa de una ruptura de la relación médica con él. Tal vez no fuesen muy diferentes los resultados obtenidos en otros medios sociales.

¿Por qué todo esto? ¿Por qué la relación médica se aparta en tantos casos de la que, más o menos próxima a la ideal, sería médica y socialmente aceptable? Indudablemente, porque el modo de producirse y configurarse esa relación depende de combinarse entre sí muy diversos motivos, y porque el término de la combinación no es con frecuencia el que la perfección de la práctica médica y el interés de la sociedad conjuntamente requieren. Según cuatro títulos puede ser ordenada y descrita esa gran diversidad: los motivos dependientes del enfermo, los imputables al médico, los determinados por la índole de la enfermedad y los derivados de la circunstancia en que tiene lugar el encuentro entre el enfermo y el médico. Veámoslos sucesivamente.

a. *Los motivos del enfermo*

Ante todo, los *motivos del enfermo*. Movido un hombre por el sentimiento del estado vital que todos llamamos «enfermedad» –recuérdese lo que acerca de él quedó dicho–, decide por sí o por otros buscar asistencia médica. Tres cuestiones principales plantea esa decisión.

1.ª ¿Qué fin ha movido al enfermo a buscar asistencia médica? Interrogación cuya respuesta obliga a deslindar dos órdenes de motivos: los tocantes al enfermo mismo y los concernientes a su contorno. Con unos y otros se implican los relativos a la elección de médico.

Cuando el enfermo acude al médico por decisión propia, varios son los propósitos que pueden moverle: con la máxima frecuencia, el deseo de recuperar la salud, en el cual, cualquier observador atento lo sabe, existen grados y modos, desde la vehemencia de los que quieren curarse cuanto antes hasta el larvado *taedium vitae* de algunos; en ciertos casos, el prevalente deseo de diagnóstico, de «saber lo que tengo», bajo el cual laten por igual la íntima necesidad de dar precisión a la idea de sí mismo y el no menos íntimo afán de

saber «qué va a ser de mí»; en otros, ese inconsciente propósito de buscar «refugio en la enfermedad» de quienes con la asistencia médica aspiran a ser reconocidos como tales enfermos y a seguir estándolo con cierta seguridad vital; en bastantes enfermos incurables, más o menos conscientes de su condición de tales, cierta necesidad de lo que bien podríamos denominar «refugio en el médico», la solicitud del alivio y el apoyo que la asistencia médica concede; en no pocos, en fin, la confirmación de que el estado de su salud no está amenazado por una dolencia oculta, la práctica del ya tópicamente denominado «chequeo».

Ocurre, sin embargo, que el hombre vive socialmente, no está solo, y esto da lugar a que en ocasiones sean «los otros» quienes promueven la iniciación de la asistencia médica: los otros próximos (familia, deudos) o los otros remotos e innominados (la sociedad, a través de alguna de las instituciones que la integran: una empresa en el caso del trabajador, una entidad aseguradora en el de quienes con ella contratan, el entorno político en el de un jefe de Estado o un ejerciente del poder). Eventualidades ambas que, como es obvio, necesariamente condicionan el modo de realizarse la relación médica.

Surge de manera ineludible, en relación con este tema, el tan discutido de la elección del médico. Porque el enfermo puede requerir o recibir ayuda técnica según muy diversas posibilidades: de «tal médico», cuando libremente le es posible elegirlo entre todos cuantos actúan en torno a él; del médico con nombre y apellidos a que, por la razón que sea, un contrato de iguala o un reglamento societario, tiene obligación de recurrir, ese a que alude la expresión «Habré de llamar al médico»; de «un médico que le ofrecen» y al que en principio no conoce, como tantas veces acontece entre beneficiarios de seguros sociales, soldados, funcionarios, etc.; o de «un médico cualquiera», el que esté más a mano en el momento de necesitarlo. Todo ello da lugar a situaciones adversas al establecimiento de una relación médica realmente satisfactoria, pero no llega a ser obstáculo invencible para el logro de la meta constantemente deseable: que, al término de su experiencia, el paciente pueda llamar «mi médico» al que le ha atendido.

2.ª ¿Cómo el paciente ha llegado a sentirse enfermo? Ampliamente fueron estudiadas en páginas anteriores la génesis y la estructura del sentimiento de enfermedad, considerado *in genere*. Los componentes de él entonces descritos –invalidez, molestia, etc.– adquieren configuración más o menos específica en las distintas entidades morbosas que la nosografía delimita: úlcera gástrica, fiebre de Malta, diabetes sacarina o tumor del lóbulo frontal; y con ellos, como también vimos, la varia modulación que a tal configuración imprimen la constitución biológica, la situación histórico-social y la individualidad del enfermo. Lo cual por necesidad influye en la determinación del modo que definitivamente adopte la relación médica, cuando la solicitud del paciente dé lugar a ella.

3.ª ¿Cómo el paciente responde al hecho de sentirse enfermo? Sabemos que en la respuesta al sentimiento de enfermedad se articulan tres componentes: uno afectivo (rebelión, aceptación, depresión, apatía, ansiedad, miedo, desespe-

ranza, gozo larvado), otro interpretativo (la enfermedad como castigo, como azar, como reto o como prueba) y otro operativo (comunicación de su estado o silencio respecto de él, automedicación, práctica mágica o supersticiosa, llamada al médico). Cuando esta última decisión es la que se impone, con ellos coopera la inicial actitud del paciente ante el médico que ha de atenderle y ante la institución en que el médico preste sus servicios, si tal es el caso. La orientación de la respuesta del enfermo hacia una u otra de estas múltiples posibilidades, por fuerza habrá de influir en el modo de la relación médica que a la postre se establezca.

b. *Los motivos del médico*

Vienen en segundo lugar, pero con no desdeñable importancia, los *motivos del médico*, las varias formas de la influencia de éste sobre la figura y el contenido de su relación con el paciente. Otras tres cuestiones principales plantea el tema:

1.ª La relativa al modo de ser médico. La vocación, la formación y la profesión son los más decisivos ingredientes en la determinación y la estructura del modo de ser médico. Con predominio mayor o menor de una o de otra, según los casos, dos instancias básicas se integran en la vocación médica, cuando ésta efectivamente llega a existir: una inclinación del ánimo, espontánea o adquirida, a la ayuda al menesteroso, por tanto al enfermo, y la afición, si se quiere deportiva, en el más noble sentido de esta palabra, a vencer cognoscitiva y operativamente las dificultades y los problemas que la naturaleza presenta o impone. Posea o no tal vocación, el médico lo es poniendo en práctica una formación técnica más o menos acabada. De ella dependen en buena medida tanto la eficacia real del sanador como su prestigio en la sociedad o el grupo social a que pertenece, y en consecuencia uno de los principales motivos para la buena calidad de la relación médica. La eficacia que sobre la configuración de ésta posee la profesión, quiero decir, el modo como el médico practica la suya, merece párrafo aparte.

Cuatro son, a mi modo de ver, los más importantes de los diversos intereses que en las sociedades civilizadas orientan el ejercicio médico: el conocimiento científico, el afán de lucro, el deber de funcionario y la voluntad de ayuda. Hay médicos cuyo interés dominante es el conocimiento científico de la naturaleza. Instalados ante el enfermo en su yo cognoscitivo, casi reducidos, en consecuencia, a ser un *ego sapiens*, se afanan ante todo por lograr un diagnóstico riguroso, puesto al servicio, si son investigadores, de una determinada pesquisa científica. En tal caso, el enfermo es en primer término «objeto de conocimiento racional». Hay por otra parte médicos cuyo interés primero es un mejor o peor disimulado apetito de lucro y prestigio. «Donde no hay recompensa, no hay arte» dice un personaje de Aristófanes ante la práctica de los asclepíadas atenienses. El médico actúa en tal caso desde un *ego cupiens*, y el enfermo es para él, antes que cualquier otra cosa, «objeto de lucro». Buena parte de las

diatribas literarias contra los médicos, desde Juan de Salisbury, en la Alta Edad Media, hasta las páginas de *La ciudadela*, tienen como objetivo esta corruptela del arte de curar. Arrolladoramente frecuente se ha hecho en la sociedad de nuestros días el médico al servicio de una institución asistencial; funcionario de ella, por tanto. El yo desde el que actúa el terapeuta es en tal caso un *ego fungens* (*fungor*: desempeñar un cargo, ejecutar una función); y si no median intereses más profundos y personales, en el enfermo se ve ante todo su condición de «objeto operante en la sociedad», su papel de pieza eficaz en la máquina social. Sobre todos ellos se alza éticamente el médico movido en primer término por una sincera voluntad de ayuda técnica al paciente que ha recurrido a él. El yo desde el cual ese médico practica su profesión es un ego *adiuvans*; y si su vocación y su voluntad de ayudar al enfermo son profundas y consecuentes, no le tratará últimamente como a un objeto más o menos valioso, aun cuando en su relación con él se vea obligado a objetivarle, sino como a «persona doliente y menesterosa». Desde los hipocráticos hasta hoy, tal es el modo más noble de ejercer la medicina.

Apenas parece necesario indicar que en la individual realidad de cada médico se entraman siempre dos o tres de esos motivos, acaso los cuatro, aunque de ordinario prevalezca sobre los restantes uno solo, y él sea el que otorgue al ejercicio de la profesión su más visible estilo. Como no hay hombres de una pieza, tampoco puede haber médicos de una pieza; ni tan inhumanos que todo sea para ellos conocimiento científico, servicio al Estado u ocasión de lucro, ni tan angélicos que sólo ejerzan su arte por amor a éste o a los hombres. Para que la práctica de la medicina sea técnica y éticamente admisible, y supuesta una mínima competencia en quien la ejerce, bastará que no sean la sed de lucro, el afán de prestigio o el frío apetito de saber los móviles decisivos de la conducta ante el enfermo.

2.ª La tocante al modo de ser persona. La práctica de la medicina, es cierto, no requiere una determinada personalidad en quien la ejerce; sólo exige la posesión de ciertas aptitudes mínimas de inteligencia, capacidad de acción y habilidad manual, poseídas las cuales cualquier hombre –leptosomático o pícnico, introvertido o extravertido, jovial o melancólico, seco o afectuoso, taciturno o locuaz– podrá ser, a su modo, excelente médico. Ahora bien: esto no excluye la existencia de un peculiar modo de ser hombre en el médico ideal; modo de ser a un tiempo físico y moral, en el que tienen su fundamento la perfección de la eficacia del terapeuta y el éxito social de éste.

Un rasgo temperamental, otro mental y otro ético definen la personalidad del buen médico. Hay personas temperamentalmente dotadas para ser buenos médicos, aquellas que en el trato irradian simpatía vital, ese halo caliente y acogedor, benéfico, dentro del cual todos se sienten inmediatamente cómodos. Si a este don ingénito se añade otro, ingénito también, el brío en la lucha contra las dificultades exteriores, el «no saber rendirse» ante los embates y las resistencias del mundo, se tendrá el temperamento óptimo del médico. Junto a las dotes vitales, las dotes mentales: capacidad para la observación comparativa y para la inducción sobre ella fundada, sutileza para la penetración en el

alma de los demás y para la coejecución de la vida anímica ajena. Y en tercer lugar, varios rasgos éticos de la personalidad: la constante disponibilidad ante el menester ajeno, la aversión hacia lo ilícito y dañino, la prontitud –tan certera y reiteradamente señalada por Marañón– para la invención del deber no escrito. Rasgos éticos que pueden adquirirse por la doble vía de la educación adecuada y la diaria voluntad.

3.ª La derivada de la disposición del médico ante el enfermo a que va a asistir; desde la abierta y benévola a que conduce la disponibilidad antes mencionada, hasta la viscosa, casi renuente de quien ante el requerimiento de un enfermo conocido se dice a sí mismo: «Vaya, otra vez el pesadísimo de Fulano». La situación y la ocasión son las instancias que condicionan la previa disposición del médico ante el enfermo. La situación: que el médico se halle cómoda o incómodamente instalado en el modo de su ejercicio profesional (consulta privada, institución asistencial, hospital de beneficencia, etc.) y ante su propia competencia técnica (médicos seguros o inseguros de lo que como médicos «saben»). La ocasión: el singular momento de la vida del médico en que su encuentro con el enfermo tenga lugar.

c. *La índole de la enfermedad*

Considerable importancia tienen a este respecto los *motivos dependientes de la índole de la enfermedad,* porque también ésta tiene su parte en la conformación de la relación médica. El enfermo, la enfermedad y el médico componen el ejercicio de la medicina, rezaba una sentencia hipocrática.

Cuatro tipos de la relación médica pueden ser a este respecto discernidos, correspondientes a otros tantos modos de realizarse la enfermedad: el muy diverso que en la práctica engloba el auxilio de urgencia, la enfermedad aguda, la enfermedad crónica no neurótica y la enfermedad neurótica. En todos ellos, en efecto, deben articularse de manera distinta la objetivación y la coejecución, y así lo veremos más adelante al estudiar el proceso del diagnóstico y el del tratamiento.

d. *El marco del encuentro*

Influye en la modulación de la relación médica, en fin, la *circunstancia en que tiene lugar el encuentro del médico con el enfermo:* domicilio de éste, consultorio privado, ambulatorio de una institución asistencial, sala hospitalaria, policlínica universitaria, campo de batalla.

Cuatro órdenes de motivos, en suma, se conjugan en la configuración de la relación médica: los dependientes del enfermo, los imputables al médico, los determinados por la índole de la enfermedad y los derivados de la circunstancia en que esa relación tiene lugar. No será difícil al lector indagar cómo las varias concreciones de los cuatro pueden combinarse entre sí y de hecho se combinan.

II. EL ACTO MEDICO

La relación entre el médico y el enfermo se realiza factualmente en el *acto médico*. Utilizando una expresión que en la regulación de los honorarios profesionales se ha hecho tópica, llamo así al contenido de cada uno de los lapsos temporales en que la inmediata relación entre el médico y el enfermo no sufre interrupción: el tiempo dedicado a cada paciente en el consultorio privado, en el ambulatorio de la asistencia social o en la policlínica universitaria, el que dura la detención del clínico ante la cama durante la visita hospitalaria, etc. En este sentido, no son verdaderos actos médicos –sólo son prácticas auxiliares de ellos– la obtención de una radiografía, la práctica de una biopsia o la toma de sangre para un análisis inmunológico o bioquímico.

Desde la época hipocrática se sabe que el adecuado fraccionamiento de la asistencia al enfermo en actos temporalmente distanciales es conveniente para la perfección de la eficacia terapéutica del médico. Sólo burla merecían de Platón los enfermos que, porque sus medios de fortuna les permitían tener continuamente junto a sí a un médico, continuamente eran asistidos por él; «medicina pedagógica» llama a este modo de ejercerla, con clara alusión a la continua vigilancia del niño pudiente por el ayo o pedagogo que le acompañaba. Cabría decir que, para que un tratamiento sea verdaderamente eficaz, conviene que el enfermo descanse del médico y el médico del enfermo. Dañadores de sí mismos son, a la postre, quienes por la mínima molestia corporal acuden al médico, o por la menor contrariedad psíquica recurren al psicoanalista.

Como ya indiqué, en cada acto médico cobran concreta y complementaria realidad factual los cinco momentos que constituyen e integran la relación médica: el afectivo, el cognoscitivo, el operativo, el ético y el histórico-social. Cuando el médico se halla junto al enfermo, que etimológicamente no otra cosa es la asistencia (*ad-sistere*, «estar junto a»), simultáneamente está vinculándose afectivamente con él, conociendo –o intentado conocer– su enfermedad, tratándole de uno u otro modo, aunque no sea sino con su persona, cumpliendo o infringiendo las normas éticas que regulan su conducta y expresando, sépalo o no lo sepa, la peculiaridad de su situación histórica y social. La habitual y esquemática división de la práctica médica en actos diagnósticos y actos terapéuticos no se ajusta a lo que en su verdadera realidad es la asistencia al enfermo. Hay, sí, actos médicos preponderantemente diagnósticos y actos médicos preponderantemente terapéuticos; pero nunca el todo de la relación médica deja de actualizarse en cada uno de los lapsos temporales en que factualmente se realiza. Así lo veremos en los capítulos subsiguientes.

CAPITULO 2

El momento afectivo del acto médico

Llamo «momento afectivo» del acto médico al sentimiento por el cual, de manera más o menos consciente, entre sí se hallan vinculados el enfermo y el médico que le atiende; sentimiento que sólo por convención metódica puede ser deslindado del conocimiento y la acción que, como en toda actividad humana acontece, ineludiblemente le acompañan. En él tiene su contenido principal, como vimos, el vínculo propio de dicho acto.

Requerido o buscado, un médico se encuentra con el enfermo a que ha de atender: éste franquea la puerta del consultorio privado o del ambulatorio donde aquél actúa, o bien, yacente en su lecho, le ve acercarse a él. El enfermo, con el sentimiento de su enfermedad, con su inicial reacción ante el hecho de padecerla y, por supuesto, con su personalidad individual. El médico, por su parte, también con su individual personalidad y con su particular modo de vivir y ejercer su profesión. Realizada en el primero de sus actos, la relación médica comienza. La percepción del uno por el otro, la acción de saludarse entre sí y el afecto de ellas resultante –un incipiente vínculo afectivo, el que sea– se integran en la iniciación de ese su primer acto. ¿Qué suerte correrá tal relación médica? ¿Cómo se configurará, cuando definitivamente se establezca? En la prosecución del acto médico que ese encuentro ha iniciado y en el curso de todos los que le subsigan, ¿de qué modo cobrará consistencia, bien manteniéndose igual a sí mismo, bien modificado por lo que más tarde acontezca, el vínculo afectivo que así ha comenzado a existir?

Varias veces he dicho, obvia verdad, que la cualidad vivencial de este último puede ser muy diversa, desde la instantánea sintonía entre el secreto menester del enfermo y la expresa voluntad de ayuda del médico, hasta el mutuo recelo larvado de ambos o de uno de ellos. Dos líneas cardinales es posible discernir en la evolución de ese primer germen afectivo de la relación médica: que termine en el afecto correspondiente a uno de los modos típicos y correc-

tos de la correcta vinculación médico-enfermo o que conduzca a una modalidad atípica e incorrecta de ella. Comencemos, pues, estudiando estas dos posibilidades.

I. MODOS TIPICOS Y MODOS ATIPICOS

Desde los hipocráticos hasta la actualidad, la correcta relación entre el médico y el enfermo ha adoptado dos modos típicos, la amistad médica y la camaradería médica; a los cuales la práctica psicoanalítica ha añadido otro, más o menos fundido con ellos: la transferencia no viciosa.

1. La amistad médica

Dándole uno u otro nombre, entendiendo como pura naturaleza o como auténtica persona la realidad del enfermo, como amistad médica han visto la vinculación afectiva entre el médico y el enfermo los mejores clínicos de Occidente. Muy claramente lo expresan los textos antes transcritos. Pero acaso sea uno de Séneca, que no renuncio a copiar, el que mejor ha expresado el carácter amistoso, médicamente amistoso, de la afección correspondiente a la relación médica, cuando ésta es de veras correcta: «¿Por qué al médico y al preceptor les soy deudor de algo más, por qué no cumplo con ellos con el simple salario? Porque el médico y el preceptor se convierten en amigos nuestros, y no nos obligan por el oficio que venden, sino por su benigna y familiar buena voluntad. Así, al médico que no pasa de tocarme la mano y me pone entre aquellos a quienes apresuradamente visita, prescribiéndoles sin el menor afecto lo que deben hacer y lo que deben evitar, nada más le debo, porque no ve en mí al amigo, sino al cliente... ¿Por qué, pues, debemos mucho a estos hombres? No porque lo que nos vendieran valga más de lo que les pagamos, sino porque hicieron algo por nosotros mismos. Aquél dio más de lo necesario en un médico: temió por mí, no por el prestigio de su arte; no se contentó con indicarme los remedios, sino que me los administró; se sentó entre los más solícitos para conmigo y acudió a mí en los momentos de peligro; ningún quehacer le fue oneroso, ninguno enojoso; le conmovían mis gemidos; entre la multitud de quienes como enfermos le requerían, fui para él primerísima preocupación; atendió a los otros en cuanto mi salud se lo permitió. Para con ése estoy obligado, no tanto porque es mi médico, como porque es mi amigo» (*de beneficiis*. VI, 18). Cualquiera que fuese la eficacia real de los remedios que el médico romano empleaba, y teniendo muy en cuenta que esa impresión debe darla el terapeuta a *todos* los pacientes a, no sólo a Séneca o a quien, leyendo ese texto, por Séneca se sienta hoy representado, apenas es posible describir de mejor modo el ideal de la relación médica.

Pero la vinculación entre el médico y el enfermo, ¿es real y verdaderamente amistad? ¿Es en rigor amistosa la cuasi-díada de la asistencia médica, cuan-

do ésta es correcta? Más aún: la vinculación que la asistencia médica por sí misma pide, ¿es en verdad la cuasi-díada que anteriormente describí: una relación interhumana de algún modo equiparable a las que establecen el consejo y la educación? En mi opinión, sí.

Cinco son las actividades en que esencialmente se realiza y manifiesta la amistad: la benevolencia, querer el bien del amigo; la benedicencia, decir bien de él; la beneficencia, hacer el bien con él y para él; la benefidencia –si se me admite este vocablo–, hacerle partícipe de alguna confidencia, comunicándole confiadamente algo de uno mismo mediante palabras o acciones, de modo que sólo para él sea; la cooperación, procurar el logro de un bien objetivo, un bien para todos o para muchos. Y por añadidura, ejecutar estas actividades, no sólo la cuarta, por el amigo mismo, no porque genéricamente sea hombre, como, según lo que de ella nos dice el Evangelio, en la relación de prójimidad acontece. Yo soy prójimo de mi prójimo en cuanto que éste es un hombre que necesita algo de otro. Yo soy amigo de mi amigo por ser éste quien para mí es. De lo cual se desprende que la amistad en acto es y tiene que ser genuinamente diádica, sólo entre una persona y otra persona puede realizarse, aunque una y otra tengan varios amigos (1).

Pues bien: médicamente, desde luego, todas esas actividades son ejecutadas en la relación entre el sanador y el paciente, cuando de veras es correcta. El médico quiere el bien del enfermo, en este caso su salud; habla bien de él, porque al secreto profesional debe pertenecer, en principio, lo malo que de él pueda decir; procura su bien, porque hacia la salud de él se ordenan sus actos; coopera en el logro de un bien general; y si no le hace confidencias personales, porque esto es formalmente ajeno a la buena relación médica, más aún, inconveniente para ella, coejecuta en su intimidad las confidencias que a él, precisamente a él, no meramente «al médico», alguna vez le hará el enfermo. Y si el médico llega a conseguir, como es deseable, que el enfermo le llame «mi médico», es seguro que, sin haber leído a Platón y a Séneca, por amigo suyo le tendrá y amigo suyo se sentirá; médicamente amigo suyo, si quiere hablarse con entera precisión: querrá su bien, especialmente en tanto que médico; hablará bien de él; procurará su bien –tal es el sentido de los regalos navideños que hacen a los médicos españoles muchos de sus clientes–, tendrán en él confianza y le hará gustoso las confidencias personales que el diagnóstico y el tratamiento requieran.

A mi juicio, en suma, la relación médica correcta es en su realidad misma amistosa, médicamente amistosa: amistosa, porque de ella son componentes esenciales la benevolencia, la benedicencia, la beneficencia, la benefidencia, en su doble dimensión de confidencia y confianza, y la cooperación, y porque entre «tal» hombre y «tal» hombre se establece; médicamente, porque sólo con las limitaciones en el contenido y en la forma antes señaladas es admisible la amistad entre el médico y el enfermo. Por ello es cuasi-díada el sujeto de tal amistad, no la díada en que se actualiza la amistad a secas.

(1) Véase mi libro *Sobre la amistad*.

«Ciencia de las cosas pertinentes al amor al cuerpo», llamó Platón a la medicina. Pero esa «ciencia», esa *epistêmê*, tiene como presupuesto la posesión del arte de curar, la *tékhnê* del médico; y ese «cuerpo» no sería rectamente entendido sin tener muy en cuenta la psique que en unidad con él constituye la realidad de cada hombre. Nada más platónico que este modo de leer el texto de Platón. Ciencia, técnica y amor –amor al hombre *in genere*, amor al conjunto que forman el cuerpo y la psique de «este hombre»– se articulan en la actividad del médico cabal. Pero tal amor, ¿es *érôs*, amor de aspiración hacia lo perfecto, *agápê*, amor de efusión hacia lo menesteroso, o *philía*, relación de amistad con otro hombre?

En un brillante ensayo, *Amor y psicoterapia*, C. A. Seguín refirió la vinculación entre el psicoterapeuta y su paciente a un modo específico del amor interhumano, el «eros psicoterapéutico», cualitativamente distinto, a su juicio, de la amistad *in genere*. Puesto que la psicoterapia no es sino una de las formas en que se diversifica la actividad terapéutica del médico –no hay somatoterapia sin psicoterapia, véalo o no lo vea el terapeuta, ni hay psicoterapia sin somatoterapia–, yo diría, completando y perfilando la hermosa descripción de Seguín, que la asistencia médica debe ser siempre y a la vez *erôs*, *agápê* y *philía*. Como toda acción humana basada en la vocación, la acción del terapeuta por vocación es *érôs* en acto: amor a la propia perfección y a la perfección del mundo que resulte de ella. No sería difícil referir a la faena del médico la doctrina de Platón en las páginas finales del *Banquete*. Pero, a la vez, la acción terapéutica lleva consigo la conversión del *érôs* en *agápê*, en amor de efusión hacia lo deficiente y menesteroso, en este caso la realidad del enfermo, para que así pueda pasar de la deficiencia y el menester hacia la gozosa plenitud de la salud; lo cual conduce en definitiva a que ese amor, a un tiempo erótico y agapético, se realice en actos creadores de *philía*, de amistad entre el dador y el receptor de la donación. Por eso dije antes que la acción terapéutica, y por tanto la relación médica, es siempre y a la vez *érôs*, *agápê* y *philía*.

Algo debe ser añadido a la precedente exposición de las notas por las cuales es específicamente médica la relación médico-enfermo. Porque en ella –a diferencia de lo que en la amistad a secas acontece: que, como ya indicó Aristóteles, los actos en que se actualiza llevan consigo la igualdad entre los dos amigos– debe existir cierta «preeminencia funcional» del terapeuta sobre el paciente. En tanto que enfermo, el paciente es un desvalido, y el médico el hombre que puede sacarle de su desvalimiento. Poco importa que ese «poder» sea interpretado por el enfermo con criterio racional (el médico como poseedor de saberes científicos, como técnico sabio), desde una actitud anímica básicamente vital (el médico como realizador de una función diatrófica, en el sentido de Spitz; en definitiva, como padre-madre), con mentalidad mágica (el médico como representante o sucedáneo de un poder sobrehumano, como *cuasi-Dios*), o que esas tres líneas de la interpretación se combinen en su alma. Lo decisivo es que el médico, por su simple condición de tal, debe estar en preeminencia respecto del enfermo. De otro modo su relación técnica con éste será defectuosa y difícil. Mas también lo será, por otra parte, si olvida que el enfermo,

además de enfermo, es persona, y que en cuanto persona no es inferior a él, aunque de él necesite.

2. La camaradería médica

Convencidos, cada uno a su modo, de que la plena realización social de la justicia iba a hacer inútil el modo de la relación interhumana tradicionalmente llamada amor, Hegel y Marx entendieron la amistad como la relación cooperativa que se establece entre dos hombres para el mejor logro de un bien objetivo; por tanto, como «camaradería». La vieja concepción homérica de la amistad –«dos marchando juntos»– adquiría así nueva forma.

La camaradería médica será en consecuencia la vinculación entre el terapeuta y el paciente, en tanto que uno y otro persiguen juntos la salud de este último, y en tanto que la salud, desde fuera de ambos, sea de algún modo un bien objetivo. A este respecto, dos posibilidades pueden darse.

Para ilustrar la primera de ellas, supongamos que un representante típico del modo de ser hombre por Riesman llamado «hombre intradirigido» padece una enfermedad cualquiera. El enfermo quiere ser –en alguna medida, es– un hombre consciente de sí mismo y seguro de su propia persona: conoce perfectamente sus fines, se siente dueño de los recursos que le permitirán alcanzarlos, gobierna con lucidez y firmeza su conducta, no comparte íntegramente con nadie el secreto de su intimidad personal. ¿Qué será para ese hombre la salud? Evidentemente, la libre y cómoda disposición de su propio cuerpo para alcanzar las metas que él se ha propuesto en su vida; por consiguiente, un bien instrumental y objetivo, no muy distinto de lo que para el automovilista es la integridad funcional del automóvil que conduce. ¿Qué será en consecuencia la enfermedad? Antes que cualquier otra cosa, un desorden del más central y más indispensable de los instrumentos que exige el logro de sus fines vitales: su propio cuerpo. Pues bien: si así siente y hace su vida y si esto es para él la enfermedad, el médico será en principio un técnico en la reparación de los desórdenes del cuerpo; y la relación con el médico, una leal cooperación para el rápido logro de la salud perdida. Si el terapeuta es lo que de él espera, nuestro hombre quedará, sin duda, afectivamente vinculado a su persona; pero tal vinculación –la propia de la camaradería médica– no pasará ordinariamente de ser la afectuosidad externa y conmutable que nos une con quien está prestándonos un servicio eficaz y oportuno.

Por otra parte, la camaradería médica puede también ser un ideal político y social. Imaginemos una sociedad en cuyo seno el individuo debe ajustar íntegramente su vida a los fines que le propone el Estado. Dentro de ella, la salud será tan sólo un bien y una capacidad al servicio de esos fines, el médico, el funcionario encargado de cuidarla, y la relación entre el terapeuta y el enfermo, la que existe entre quienes deben atenerse a los imperativos ideales de la sociedad y el Estado a que uno y otro pertenecen. Ambos habrán de vincularse entre sí como colaboradores en la tarea de reconquistar una salud que por

igual interesa al individuo y a la colectividad; en definitiva, como puros camaradas. No creo que se aparte mucho de este esquema la doctrina médico-social de cualquier partido político totalitario. La Alemania nazi, por ejemplo, mostró con terrible claridad hasta dónde puede llegar un Estado para el cual la salud y la pureza racial de sus miembros no son otra cosa que bienes públicos. Pero, por extraño que parezca, no difiere gran cosa de tal esquema el pensamiento de los sociólogos liberales, cuando ante la práctica médica se deciden a pensar como «sociólogos puros»: un Talcott Parsons, con su postulado –correcto, sin duda, pero necesitado de modulación– de la «neutralidad afectiva» del médico; un Schelsky, en su crítica del tradicional modo de concebir –«idílico e irrealista», a sus ojos– la relación entre el médico y el enfermo.

En cuanto tipos abstractos y puros, la camaradería médica y la amistad médica son modos de la relación médico-enfermo netamente distintos entre sí; tipos ideales de ella, diría Max Weber. Pero el caso real, empírico y no abstracto, ¿puede ser simple realización individual de un tipo puro? En términos generales, no parece imposible la existencia de una camaradería pura. No otra cosa es la mutua relación de buena voluntad entre dos miembros fanáticos de un partido totalitario. A esos hombres sólo les vincula algo que para ellos es un deber y un bien, la conquista de los fines políticos de su partido; por tanto, la cooperación para el logro de una meta estrictamente objetiva. Igualmente posible será, apurando las cosas, la existencia de una pura camaradería médica. Si el médico y el enfermo son, como en el ejemplo precedente, miembros fanáticos de un partido político totalitario, la relación diagnóstica y terapéutica quedará en principio informada por la idea que de la salud humana posea la doctrina de ese partido, y ambos se verán a sí mismos como cooperadores en el empeño de realizarla.

Pero si todo esto es posible, ¿puede ser frecuente? No lo creo. Algo hay en la realidad del hombre que relega esa posibilidad al dominio de la excepción. Cuando el fin de la cooperación sea estrictamente político, la camaradería pura entre los miembros de un partido totalitario podrá darse con alguna frecuencia, porque el bien objetivo a que esa cooperación tiende es en sí mismo –o pretende ser– un bien para todos. La salud individual, en cambio, es ante todo un bien para un hombre, la persona que como suya la disfruta y usa, y sólo una aberración mental y ética llevará a pensar que ese «ante todo» puede aplicarse a las exigencias de la sociedad o del Estado. Recaudador de contribuciones puedo y debo serlo «ante todo» para la sociedad y el Estado; hombre sano lo soy y debo serlo «ante todo» –sin mengua, por supuesto de las obligaciones sociales y políticas que mi salud me imponga– para mí mismo. Y si la salud es ante todo un bien para la persona del enfermo, ¿podrá no verlo así quien practique la medicina sin someterse a un invencible fanatismo político? No lo creo, y así lo ratifica la realidad de la asistencia médica en los países socialistas. He aquí, pues, la conclusión: aunque doctrinariamente piense el médico que su vinculación con el paciente puede y debe ser camaradería pura, la realidad misma del hombre –su inalienable condición de persona– hará que esa relación sea más o menos amistosa: el médico ejecutará su actividad técnica ante

todo para el paciente y éste confiará en la persona que para él está poniendo en práctica sus saberes técnicos y su buena voluntad. Cuando el médico, en suma, es lo que debe ser, su relación con el enfermo siempre será en mayor medida amistad médica.

3. La transferencia

La creciente vigencia del psicoanálisis ha conducido a bautizar con un nombre nuevo –*Uebertragung*, transferencia– y a entender de manera inédita la índole del nexo que vincula entre sí al terapeuta y al enfermo. He aquí el texto de Freud en que por vez primera (*Studien über Hysterie*, 1895) se alude a ella: «En los enfermos que se deciden a entregarse al médico y a poner en él su confianza, por supuesto que voluntariamente y sin ser requeridos a ello, no puede evitarse que por lo menos durante algún tiempo aparezca inconvenientemente en primer plano una relación personal con el médico, y hasta parece que tal influjo del médico sea condición indispensable para la resolución del problema». La confianza del enfermo en el médico es ahora concebida como una transferencia de carácter últimamente erótico, a la vez inevitable, conveniente y perturbadora; y la voluntad de ayuda del médico, como la respuesta técnica a la relación transferencial que con él, sin quererlo uno ni otro, ha entablado el paciente.

Tanto Breuer, cuyo *rapport* sugestivo era muy acusado, como Freud, observaron ese hecho. Perturbado por él, el honrado y pacato Breuer cortó sus tratamientos psicoterápicos y abandonó para siempre el camino hacia el psicoanálisis. Freud, en cambio, supo aliar el decoro moral con la curiosidad científica, advirtió la importancia del fenómeno y logró hacer de él uno de los más importantes sillares de la terapéutica y la doctrina psicoanalíticas.

A cuatro puntos principales pueden ser reducidas las primitivas expresiones de Freud acerca de la transferencia:

1.º La relación analítica determina en las pacientes la aparición de sentimientos de carácter erótico, orientados hacia la persona del médico y vividos unas veces bajo forma de atracción y otras bajo forma de hostilidad. En ocasiones, la enferma «es presa del temor a quedar ligada con exceso a la persona del médico, perder su independencia con respecto a él o incluso llegar a depender sexualmente de él»; y en otros casos «se atemoriza al ver que transfiere a la persona del médico representaciones desplacientes emergidas durante el análisis».

2.º La transferencia presupone en el enfermo honda confianza en el médico, y el buen observador logrará descubrirla «en toda actividad médica que exija una estrecha colaboración con el enfermo y tienda a una modificación de su estado psíquico».

3.º La aparición de la transferencia depende en gran medida del interés del médico por el enfermo, de la simpatía que el caso le inspire y de su autoridad respecto del paciente. Operando sobre la situación que el análisis por sí mismo

crea, la acción conjunta de esas tres instancias da lugar al fenómeno de la transferencia. El médico en tal caso debe ser «esclarecedor» de la conciencia del paciente («cuando la ignorancia ha engendrado en éste un error»), «maestro» de su vida («representante de una conciencia universal más libre y reflexiva») y «confesor» de sus problemas íntimos (porque «con la perduración de su interés y su respeto después de la confesión del enfermo, ofrece a éste algo semejante a una absolución»).

4.º La significación y el mecanismo de los fenómenos de transferencia deben entenderse según la siguiente pauta: *a)* Esos fenómenos son para el paciente una «compensación»: la colaboración con el analista exige confidencias íntimas y de ordinario «se convierte en un sacrificio personal, que ha de ser compensado con un sustitutivo cualquiera de carácter personal». Y Freud, cautamente, añade: «el interés terapéutico y la paciente amabilidad del médico bastan como tal sustitutivo». *b)* Psicológicamente, la transferencia consiste en la proyección de antiguas y más o menos olvidadas experiencias eróticas, casi siempre infantiles, sobre la persona del médico. *c)* La transferencia comienza siendo perturbadora y –si el terapeuta se conduce adecuadamente–acaba siendo favorable.

La ulterior obra de Freud ampliará, confirmará e interpretará más acabadamente sus iniciales hallazgos. No puedo seguir aquí el desarrollo del pensamiento freudiano. Diré tan sólo que la transferencia ha llegado a convertirse en la pieza central del tratamiento psicoanalítico, y que junto a ella ha sido descrito el fenómeno complementario de la «contratransferencia» o «transferencia recíproca» (*Gegenübertragung*), la reviviscencia de situaciones transferenciales en el alma del terapeuta, como consecuencia de la cura analítica y la ulterior proyección de ella sobre la persona del paciente. «No debe creerse –escribirá Freud– que el análisis crea la transferencia y que ésta sólo aparece en él. El análisis se limita a revelar la transferencia y a aislarla. Trátase de un fenómeno genéricamente humano, que decide el éxito de toda influencia médica y que rige, en general, las relaciones de la persona con las que le rodean».

Como era de esperar, la bibliografía sobre el tema de la transferencia se ha hecho sobremanera copiosa y, con básica fidelidad a su interpretación erótica, entre los psicoanalistas ortodoxos, las ideas de Freud han sido elaboradas o modificadas en varios sentidos (2). Algo, sin embargo, parece indudable: la pertenencia de la relación transferencial al nervio mismo de la relación médica. Como la camaradería médica, la transferencia no viciosa es sin duda una de las formas correctas de la vinculación afectiva entre el médico y el enfermo.

4. Modos viciosos de la vinculación afectiva

Me he referido hasta ahora al modo ideal y a los modos correctos de la vinculación afectiva entre el médico y el enfermo. No se trata de metas difíciles

(2) De nuevo remito a mi libro *La relación médico-enfermo*.

de alcanzar, si en el médico coinciden la suficiente formación técnica y una estimable dosis de buena voluntad. Pero es preciso reconocer que en la realidad de la asistencia médica distan mucho de ser infrecuentes sus formas viciosas o incorrectas, con el consiguiente detrimento en el acierto diagnóstico y en la eficacia terapéutica. No será inoportuno, pues, enunciar y describir de manera concisa las que, desde el punto de vista de la vinculación afectiva, parecen ser más notorias en el ejercicio actual de la medicina.

a. *Por exceso o por defecto*

La relación médica puede ser incorrecta *por exceso o por defecto en la afectividad propia de la vinculación amistosa.* He aquí los tipos principales de este contrapuesto descarrío:

1.º Intensificación de la transferencia. La intensificación abusiva de los fenómenos de transferencia y contratransferencia, y con ella la incapacidad técnica o la incapacidad moral del médico para hacerlos pasar del dominio del ello al dominio de la libertad. No es preciso que la relación con el enfermo sea formalmente una cura psicoterápica para que se produzca esta viciosa y perturbadora alteración de su dinámica.

2.º Frialdad del médico. La excesiva frialdad sentimental o el ocasional destemple del humor del médico cuando el enfermo exige consciente o inconscientemente ser algo más que mero objeto de una operación técnica. Esa frialdad será en unos casos temperamental (la de los médicos «de cartón piedra»), en otros funcionarial (la del médico voluntariamente limitado a ser mero funcionario de la asistencia al enfermo) y en otros científica (la del investigador para quien el paciente sea simple objeto de conocimiento). Todos los grados son posibles con los tres casos.

3.º La «función apostólica». La tentación de transformar la preeminencia funcional que, como vimos, lleva consigo el ejercicio técnico de la medicina, en el tipo de conducta que Bálint ha llamado «función apostólica»: la idea de que la medicina no puede alcanzar suficiente perfección si el médico no procura imbuir en el paciente la visión del mundo que como médico y como hombre él considera óptima.

4.º La mutua seducción. La seducción mutua, no necesariamente sexual, en que a veces caen el médico y el enfermo (Bálint); aquél aceptando con credulidad excesiva lo que acerca de su dolencia le dice un paciente lisonjero, éste halagando más o menos abiertamente el amor propio o la vanidad del médico.

b. *Vinculación no amistosa*

Puede viciarse o corromperse también la relación médica cuando *el afecto que vincula al sanador y al enfermo no es médicamente amistoso,* o no lo es en medida suficiente. Las posibilidades más frecuentes son:

1.ª El apetito de lucro. Un excesivo apetito de lucro en el alma del médico. El arte de curar y la profesión en que se realiza han venido a ser para no pocos médicos mera técnica lucrativa; con lo cual la amistad hacia el enfermo se trueca en simple amabilidad táctica, en amabilidad de vendedor.

2.ª El derecho del enfermo. Una desmedida o viciosa conciencia de derecho en el alma del enfermo, bien respecto del médico mismo, en el que sólo ve una persona expendedora de técnicas, bien respecto de la sociedad obligada a proporcionar asistencia médica, técnicamente representada a sus ojos por la persona del terapeuta.

3.ª Prisa del médico. El excesivo número de los enfermos a que por una razón o por otra deba el médico asistir, con la consiguiente y también excesiva reducción del tiempo dedicado a cada uno. En tres o cinco minutos puede iniciarse una amistad médica, mas no constituirse.

Con su conocimiento de la realidad en torno, el lector, sea o no sea médico, hállese o no se halle enfermo, con facilidad llenará de contenido vivo y palpitante este sumario esquema.

II. AMISTAD MEDICA Y TRANSFERENCIA

La considerable importancia que el tema de la transferencia ha adquirido en la práctica y en la literatura médicas, hace oportuno un examen mínimamente detenido y suficientemente riguroso de la relación entre ella y la amistad médica, entendida ésta como queda dicho.

Debo consignar en primer término que los disidentes de la ortodoxia freudiana han interpretado el fenómeno de la transferencia al margen de la concepción erótica propuesta por Freud. Adler y los adlerianos, desde el punto de vista del instinto de poderío. Jung y los yunguianos, conforme a su idea del inconsciente colectivo y las expresiones mítico-simbólicas de éste; por ejemplo, la *coniunctio* de los alquimistas. Especial importancia tiene la tesis de quienes ven el origen de la transferencia en la «infantilización artificial» que el diván del psicoanalista produce en el paciente, y por tanto en el regreso del enfermo a etapas de la vida previas a la constitución de «relaciones objetuales» (Ida Macalpine, P. Greenacre, R. A. Spitz). Pero lo más importante en esta varia y prolija elaboración de los conceptos de transferencia y contratransferencia ha sido, a mi modo de ver, la extensión de ambos a la interpretación de todas las formas de la relación médica, e incluso de toda relación amistosa.

Es preciso volver a los textos del propio Freud. La transferencia fue para él un fenómeno genéricamente humano, que decide el éxito de toda influencia terapéutica y que, en general, rige las relaciones interpersonales. Entre ellas, por supuesto, la amistad. Ya en su incipiente senectud (*Das Unbehagen in der Kultur*, 1930), escribirá: «El amor genital conduce a la formación de nuevas *familias*; el amor inhibido en su objeto lleva a la creación de *amistades*, que son culturalmente valiosas porque no tienen las limitaciones del amor genital; por

ejemplo, su exclusividad». A la luz de estos textos pongamos una junto a otra la relación transferencial entre un neurótico y su analista y la amistad médica entre un cardiópata o un ulceroso y el clínico que les trata. ¿Qué relación hay entre una y otra? La amistad médica, ¿es acaso la sublimación de la mínima transferencia que se estableció entre el enfermo y el médico tan pronto como aquél, además de ser un corazón o un estómago lesionados, fue visto como un hombre menesteroso y doliente? ¿O bien la transferencia es la «conmoción instintiva» que en su realidad psicoorgánica experimenta el individuo humano cuando la amistad alcanza intensidad suficiente? ¿No dijo Platón que cuando la *philía* se hace vehemente se convierte en *érôs*, y Aristóteles que el *érôs* es una hipérbole de la *philía*?

Expondré mi respuesta en cuatro sucintas tesis:

1.ª Conceptualmente consideradas, la relación transferencial y la relación amistosa *stricto sensu* son dos modos de la vinculación interhumana cualitativamente distintos entre sí. La transferencia es un fenómeno instintivo que tiene su objeto en una realidad genérica: el agua, en el caso de la sed; la hembra, en el del instinto erótico del varón; el hijo o quien haga sus veces, en el del impulso diatrófico. La amistad, en cambio, es un fenómeno personal, cuyo término no puede ser un objeto, una realidad genérica, porque tiene que ser una persona, más aún, «tal» persona.

Lo mismo cabe decir de la relación médica. En tanto que transferencia, su realidad se halla constituida por «un» psicoterapeuta, para el paciente, y por «un» paciente, para el psicoterapeuta. El paciente –tal es la tesis del propio Freud– transfiere su tensión instintiva más al médico como «personaje» (el psicoterapeuta en cuanto que individualización de un modo típico de ser hombre: ser a un tiempo médico y psicoterapeuta) que no como «persona» (el psicoterapeuta como «tal» persona y no como «tal otra»). Por el contrario, la amistad médica *stricto sensu* tiene como término «un» médico y «tal» médico, para el paciente, y «un» paciente y «tal» paciente para el médico. El «personaje» típico (el médico en tanto que médico, el paciente en tanto que paciente) es asumido ahora por la singular e intransferible «persona» en que cada uno tiene su supuesto real.

2.ª Distintas conceptualmente entre sí, la relación transferencial y la relación amistosa se funden unitariamente, con preponderancia mayor de una o de otra, en la concreta realidad de la vinculación interhumana, en lo que efectivamente es cada una de las relaciones entre un hombre y los demás. Como la inteligencia humana es «inteligencia sentiente», la voluntad del hombre, enseña Zubiri, es «voluntad tendente», actividad volitiva unitariamente fundida con las tendencias en que se manifiesta la condición orgánica e instintiva del sujeto que quiere y ama. De lo cual resulta que la vinculación dilectiva entre hombre y hombre será en unos casos preponderantemente amistosa (interpersonal) y preponderantemente transferencial (instintiva) en otros.

3.ª Cuando una relación preponderantemente interpersonal se intensifica, se intensifica también la actividad de lo que en la realidad psicoorgánica de la

persona es instinto; con lo cual los fenómenos transferenciales ganan fuerza y visibilidad. Así acontece en la relación terapéutica, y tal es la razón de la cautela de ciertas escuelas de la ascética cristiana ante la intensificación de «amistades particulares».

4.ª Cuando una relación preponderantemente transferencial se depura y personaliza –cuando la «formación de ello» se convierte en «formación de yo», diría von Weizsäcker–, su término pasa de ser objeto a ser sujeto; más exactamente, persona. No otra cosa es el tránsito del stendhaliano *amour-passion* al verdadero amor personal, y esto es lo que sucede cuando, en su relación con el paciente, el psicoterapeuta sabe utilizar adecuadamente, sublimándolos, los fenómenos de transferencia y contratransferencia. Como diría Freud, cuando el interés terapéutico y la paciente amabilidad del médico aciertan a compensar el sacrificio que exige la cura psicoanalítica; o, más técnicamente, cuando el terapeuta deja de emplear el diván y recurre al coloquio cara a cara.

CAPITULO 3

El momento cognoscitivo del acto médico

Puesto que diagnosticar es conocer, y puesto que para el hombre no hay situación ni experiencia sin actividad cognoscitiva, la faena diagnóstica del médico comienza tan pronto como se encuentra con el enfermo. Nada más erróneo, por tanto, que concebir la relación médica como la sucesión de un encuentro, una comunicación técnica y transferencial, un diagnóstico y un tratamiento, o pensar que el médico explora a sus enfermos de modo pautado y uniforme, para razonar luego sobre los resultados obtenidos. Cada exploración clínica tiene figura y contenido propios, y esta singularidad viene determinada por las varias presunciones diagnósticas que la anteceden. Si al encontrarse con el enfermo descubre el médico exoftalmos y temblor de manos, automáticamente pensará en un síndrome de Basedow, y esta inicial presunción suya determinará la línea de su conducta exploratoria. Así en cualquier otro caso.

A partir del momento mismo del encuentro médico, diagnosticar es, por lo pronto, detenerse en la experiencia que hasta aquel momento haya brindado la relación con el enfermo, conjeturar una hipótesis que parezca explicarla técnicamente, tratar de confirmar esa hipótesis mediante un determinado recurso exploratorio, sustituirla por otra, si tal confirmación no se produce, y proseguir hasta que el conocimiento del enfermo permita entender de manera satisfactoria toda la experiencia obtenida. Como diría un hipocrático, tal es el método.

Mediante él, la faena diagnóstica cumple los dos requisitos que la etimología del término «diagnóstico» lleva consigo: conocer distinguiendo (*diá* como «entre») y conocer penetrando (*diá* como «a través de»). Pero este esquema formal, procedente de aislar metódicamente lo que en el acto médico es conocimiento de lo que en él es sentimiento y operación, puede ser entendido de maneras muy distintas. Es preciso, en consecuencia, discernir con cuidado los diversos modos típicos de diagnosticar. Yo distinguiré dos: uno al cual daré el nombre de «diagnóstico integral», en el que son observados todos los requisi-

tos que exige la condición personal del enfermo, y tres formas deficientes del juicio diagnóstico, respectivamente derivadas de las deficiencias en la conceptuación y en el proceder del clínico que llamaré «forzosa», «pragmática» y «doctrinaria» (1).

I. EL DIAGNOSTICO INTEGRAL

Para que nuestro punto de partida sea la más concreta realidad, imaginemos la relación entre un médico con voluntad y posibilidades de perfección en el ejercicio de su arte y un enfermo que padece una dolencia a la que al término de la tarea diagnóstica le será dado el nombre de «úlcera gástrica», «asma bronquial», «neurosis cardíaca» o «neurosis obsesiva», o que a la postre haya de ser catalogado entre los que un clínico norteamericano, Earley, y otro alemán, von Mering, han propuesto denominar «pacientes-problema» (*problem-patients*). Más adelante diré la razón por la cual han sido ésos los ejemplos elegidos. Por el momento, me limitaré a preguntar: ¿cuál será el proceder diagnóstico de un médico con voluntad de perfección en el ejercicio de su arte (esto es: decidido a lograr un juicio clínico real y verdaderamente acabado; real y verdaderamente adecuado, por tanto, a lo que en sí mismo es el enfermo de que se trate) y con posibilidades para alcanzarla (es decir: con formación técnica y tiempo suficientes)? La respuesta a esta interrogación va a ser el tema del presente apartado. Respuesta que será dividida en tres parágrafos: la meta del diagnóstico integral, la exploración clínica, como vía para lograrlo, y la inferencia diagnóstica, como ineludible ejercicio entre la exploración y la formulación de aquélla.

1. La meta del diagnóstico

La palabra «diagnóstico» tiene entre nosotros dos significados, correspondientes a los términos alemanes *Diagnose* y *Diagnostik:* el diagnóstico como expresión de lo que el médico ha conocido en el enfermo, el juicio clínico, y el diagnóstico como técnica para llegar a esa expresión, el arte de diagnosticar. Deslindando metódicamente los dos, estudiaré en primer lugar el contenido de tal conocimiento, por tanto la meta del diagnóstico, y a continuación la exploración clínica y la inferencia diagnóstica, partes esenciales las dos del arte de diagnosticar.

En el primero de esos dos sentidos, debemos llamar diagnóstico a la formulación del conocimiento médico de un enfermo en tanto que tal enfermo. Definición sencilla y clara, que nadie vacilará en aceptar. Ocurre, sin embargo, que ni su desarrollo intelectual ni su puesta en práctica son entendidos del mismo modo por los clínicos.

(1) Para todo lo concerniente a este capítulo, véanse mis libros *La relación médico-enfermo* y *El diagnóstico médico. Historia y teoría* (Barcelona, 1982), especialmente este último.

Los médicos de mentalidad tradicional o académica –porque, al menos entre nosotros, ésa es la mentalidad en que tiene su término la formación universitaria del sanador– piensan, o actúan como si así pensaran, que el objeto de dicho conocimiento debe ser la «especie morbosa» a que hay que adscribir la individual dolencia del paciente –asma bronquial, diabetes sacarina, fiebre de Malta o esclerosis en placas–, y por consiguiente el cuadro clínico específico, la lesión anatómica, el desorden funcional y el agente nosógeno que haya dado fundamento a la descripción y la conceptuación de tal «especie». Si al nombre de ésta se añaden su ocasional «forma clínica» –las formas clínicas de la neumonía lobar, de la fiebre tifoidea, etc., que suelen describir los tratados de patología médica– y una alusión a la parte del cuadro sintomático determinada por la constitución individual del paciente, se habrán colmado las medidas de lo que la mentalidad tradicional o académica considera meta del diagnóstico.

Por útil que haya sido y siga siendo este proceder, varias observaciones hay que hacerle:

1.ª Que ante todo y primariamente «enfermedad» es un estado vital y un modo de vivir. El hábito y la economía de la expresión verbal nos hacen llamar «enfermedades» al asma bronquial, la diabetes sacarina o la fiebre de Malta; pero, en rigor, tales entidades morbosas no pasan de ser «modos típicos de estar enfermo» (2).

2.ª Que la «constitución individual» y la «individualidad del proceso morboso» de que habitualmente hablan los clínicos no pasan de ser el resultado de combinar entre sí la influencia de las varias determinaciones típicas de la realidad y la vida del hombre, la edad, el sexo, la raza, el biotipo y las variantes individuales de éste; y como es obvio y ya sabemos, de ningún modo puede así ser recta y enteramente captada la personal individualidad de un ser humano, sano o enfermo. Un buen retrato pictórico y la estampa de una situación vital son algo más que el resultado de sumar los factores «viejo», «varón», «blanco», «leptosomático» y «pelirrojo».

3.ª Que, en consecuencia, el conocimiento de la enfermedad de un hombre debe tener en cuenta, además de la especie morbosa y de lo que en la realización individual de ella hayan puesto la edad, el sexo, la raza, el biotipo y sus variantes individuales, el personal modo de vivir que ante todo es la enfermedad humana, y por consiguiente la incardinación de aquél en la biografía del enfermo.

Precisando la anterior definición según lo que estas observaciones exigen, diré, pues, que la meta de un diagnóstico integral es el conocimiento médico de un enfermo en tanto que persona enferma. El «idiograma clínico de un determinado sujeto», según la fórmula de Sadegh-zadeh. Veamos cómo puede ser obtenido.

(2) Como ya advertí en páginas anteriores, no puedo exponer aquí la crítica a que ha sido sometido el concepto de «especie morbosa». De nuevo remito a mi libro *El diagnóstico médico*.

2. La exploración clínica

En el marco y en la forma que sea –ambulatorio, consultorio privado, etc.– médico y enfermo se encuentran entre sí; y producido el encuentro, ante aquél se halla la personal realidad de éste. ¿Qué sucede entre ellos? Primero, que se miran y se saludan; luego, que hablan entre sí; poco después, que el médico procede a la exploración visual, manual e instrumental del paciente. La total realidad del enfermo, su unitaria condición de persona, psique y organismo, se ofrece al médico en cada uno de esos tiempos de su relación con él; pero, sin olvidar nunca ese doble modo de presentarse la persona humana, enferma o no, ante quien como tal trata de conocerla, el médico puede y debe considerarla desde dos complementarios puntos de vista: el que le hace verla como «organismo personal» y el que le conduce a poder entenderla como «persona orgánica».

Metódicamente situado en el primero, el explorador percibe un organismo que de algún modo, casi imperceptiblemente, con frecuencia, manifiesta su condición de persona. Deliberadamente instalado en el segundo, el explorador contempla una conducta personal, a veces de modo directo, en ciertos gestos o en determinadas reacciones, con mayor frecuencia a través del habla del paciente, conducta que por necesidad tiene que ser orgánicamente realizada. Ello nos invita a discernir dos modos principales –complementarios entre sí, quiero repetirlo– en la exploración clínica: la exploración del organismo personal y la exploración de la persona orgánica.

a. *Exploración de un organismo personal*

En la exploración del organismo personal, el médico trata fundamentalmente de detectar una lesión orgánica y la índole del agente cósmico que más haya contribuido a producirla. La lesión diferirá según su localización (hígado, cerebro, etc.), según el nivel estructural de su realización orgánica (lesión macroscópica, lesión hística o celular, lesión bioquímica) y según el modo de la alteración ínsita en ella (inflamación, degeneración, hiperplasia, error metabólico, etc.). Por su parte, el agente causal podrá ser un microorganismo, una sustancia tóxica, una acción térmica o una radiación. En cualquier caso, el clínico llegará a esa detección mediante una serie de recursos exploratorios (inspección, anamnesis testifical, exploración manual, examen instrumental, análisis diversos); y si ha de ser verdaderamente integral el diagnóstico a que aspira, sólo tras la exploración del enfermo como persona orgánica, esto es, de cuanto en él es modo de vivir y conducta, sólo entonces decidirá acerca del verdadero valor diagnóstico que en aquel caso poseen la lesión orgánica y el agente causal. O bien, en los términos que nos son conocidos: sólo entonces podrá establecer la verdadera estructura del vector nosogenético que en aquel caso operó.

Sentado lo cual, estudiemos con mente antropológica lo que en su realidad es –o debe ser– cada uno de esos recursos exploratorios.

1.º La *mirada del médico* puede percibir dos órdenes de realidades. La actividad de ver pertenece, como sabemos, a las estructuras signitivas de nuestra realidad; viendo, el sujeto percibe como objeto la presencia de lo que ve. Pero la actividad de mirar es algo más; no sólo porque el mirar intensifica y precisa la condición de objeto de lo que se percibe, también porque esa actividad es expresiva (3), además de ser signitiva; y así al cruzar la mirada con otro hombre yo percibo a un tiempo su presencia y la intención con que me mira, como, a su vez, él percibe mi presencia y la intención con que le miro. Tal es la razón por la cual no puede ser aceptada, no por falsa, sino por incompleta y penúltima, la concepción sartriana de la mirada, exclusivamente atenida a lo que en ésta es intención objetivante.

El acto de mirar a otro puede expresar muy diversas intenciones y dirigirse hacia muy distintos niveles de su realidad. Por su intención, hay miradas objetivantes, fascinantes, envolventes, inquisitivas, abiertas o receptivas, retadoras, irónicas, recelosas, despectivas, petitivas, efusivas. Por la profundidad a que en la realidad del otro intentan llegar, pueden asimismo ser discernidas la mirada a los ojos («¡Mírame a la mirada y no a mí!», dice un personaje a otro en un drama de Unamuno), la mirada al alma (la que busca los sentimientos y pensamientos del otro) y la mirada al fondo del alma (la que en el otro trata de percibir sus intenciones).

¿Cómo es de ordinario la mirada del enfermo, cómo debe ser la mirada del médico?

Mirando al médico, el enfermo expresa por lo general su necesidad de ayuda; pero hay ocasiones, especialmente cuando ve la asistencia médica como la satisfacción de un derecho, en que su mirada se hace exigente o retadora, y otras, cuando desconfía de la suficiencia o de la buena voluntad de quien le atiende, en que se muestra recelosa.

Frente a ella, la mirada del buen médico debe ser a la vez envolvente, inquisitiva y objetivante. A través de su mirada, la expresión del médico debe ofrecer al enfermo un ámbito en que éste se sienta envuelto y protegido. Con su mirada, el médico no sólo acoge, también busca; y debe buscar tanto lo que los tratados de semiología prescriben (color o tumefacción de la piel, temblor de las manos, emaciación, etc.) como lo que en el alma del enfermo entonces acontece. Si es el explorador diagnósticamente exigente, el cotejo entre lo que en la inspección inquisitiva cree ver y lo que en la anamnesis oye se le hará enteramente ineludible. Su mirada, en fin, debe ser objetivante. El distanciamiento mental respecto de la cosa mirada y la atención perceptiva y distintiva hacia ella darán a la objetivación del explorador toda la perfección deseable. Así entendidas la inspección y la objetivación, el cuerpo del enfermo se muestra al médico según las tres líneas cardinales en que se realiza: su función organizadora, su función configuradora y su función somática.

Mirando así la mirada y el cuerpo del enfermo, el médico percibe datos pertinentes a la exploración de su modo de vivir, a su realidad como persona

(3) Lo es, naturalmente, dentro de la totalidad del rostro a que pertenece.

orgánica, y datos tocantes al estado de su organismo, a su realidad como organismo personal. Acerca de aquéllos volverá a hablarse al estudiar la exploración del paciente en tanto que persona orgánica. Acerca de éstos, una esencial distinción debe hacerse. Hay algunos, en efecto, cuya significación clínica queda agotada por la mera apariencia objetiva del dato mismo (así la ictericia o la parálisis facial), y otros (un temblor, un tic, un rubor, una alteración en la marcha) que significan algo más, y que, en consecuencia, sólo referidos al todo psicoorgánico del sujeto y a su situación vital podrán ser adecuadamente entendidos. La intelección tiene que ser en el primer caso la simple explicación del dato exploratorio (el conocimiento del mecanismo fisiopatológico de su génesis), y debe ser en el segundo, además, comprensión psíquica y biográfica de él (conocimiento de lo que el dato exploratorio significa en la vida del enfermo); otro ejemplo de cómo se implican mutuamente la exploración del organismo personal y la de la persona orgánica. No parece desmedido postular la elaboración de una «opsitécnica clínica» integral: un capítulo de la semiología en el que –más allá de la tradicional y limitada idea de la inspección exploratoria– se enseñe a los médicos a mirar objetivadora y personalmente la total realidad del enfermo.

2.º Además de mirar al enfermo, el médico habla con él; *anamnesis o interrogatorio* llamamos a esta parte de la exploración clínica. En ella puede percibir el explorador expresiones paraverbales, palabras y silencios.

Las *expresiones paraverbales* del enfermo –suspiros o conatos de suspiro, respiraciones profundas, exclamaciones más o menos reprimidas, arrastre de consonantes, nasalización de alguna sílaba, interrupción súbita y breve de una palabra, etc.– revelan estados emocionales, y en ciertos casos poseen considerable importancia clínica, especialmente cuando se producen durante los primeros minutos de la relación médica (R. E. Pittenger, J. Danehy, Ch. F. Kockett). No poco de lo que luego será la vinculación afectiva entre el médico y el paciente se inicia, en efecto, en esos primeros minutos.

Ello, naturalmente, no rebaja la preponderante importancia de la expresión plenamente verbal, la *palabra*, en la configuración de la anamnesis. Mas para determinar lo que clínicamente significa la comunicación verbal entre médico y enfermo, es preciso estudiar antes la función que el habla tiene en la vida individual y social del hombre.

Es ya clásica la descripción de Karl Bühler. Tres funciones principales son por él atribuidas a la expresión verbal: la función vocativa, apelativa o de llamada, la función estrictamente expresiva o notificadora y la función nominativa o representativa. Quien habla a otro le llama, le notifica algo y nombra eso que le notifica, y en ocasiones llama, notifica y nombra a la vez. Nada más evidente y orientador. Pero yo entiendo que el esquema de Bühler debe ser completado en dos sentidos. En primer término, porque a esas tres funciones del lenguaje es preciso añadir otra, su función suasiva o seductora. Quien habla a otro, y sólo por el hecho de hablarle, le persuade o seduce, con una eficacia que puede llegar hasta la fascinación, o le antisuade o antiseduce, cuando su acción consiste en disponerle aversivamente contra él. En segundo lugar, por-

que Bühler considera tan sólo la acción intramundana o social del habla –la función que la palabra cumple en la realidad de quien la escucha–, y esa acción tiene como complemento otra de carácter intraanímico, la que el hecho de hablar ejerce en la intimidad del hablante. Junto a cada una de esas cuatro funciones cardinales del habla hay que poner, pues, la que correlativamente cumple, a modo de reverso pasivo, en el alma del locuente. La función vocativa tiene como correlato íntimo otra, que he propuesto llamar «sodalicia» (*sodalis*, el compañero): el hecho de llamar a alguien nos hace vivir indiferenciada e incipientemente, bajo forma de ausencia, a veces, la compañía del llamado. El envés psicológico de la función notificadora se halla constituido por una función «catártica» o «liberadora»: quien comunica algo a otro siente que, poco o mucho, su alma se desembaraza y aquieta. El que nombra adecuadamente un contenido de su conciencia percibe además que su mundo íntimo se esclarece, porque a la función nominativa del habla corresponde, alma adentro, otra «ordenadora» o «esclarecedora». Y a la función suasoria o del lenguaje corresponde, en fin, otra de autoafirmación: quien persuade o disuade a otro se afirma a sí mismo, vive en su persona la función «autoafirmadora» de la palabra socialmente eficaz. No será difícil trasladar todo esto a la peculiar realidad de la anamnesis clínica, y así habré de hacerlo al estudiar los varios modos de la inferencia diagnóstica.

Ahora debo distinguir las dos líneas básicas en que la función notificadora y la función nominativa se realizan, según su contenido, a lo largo del coloquio anamnéstico: la «anamnesis testifical» y la «anamnesis interpretativa».

En la *anamnesis testifical* el enfermo comunica al médico lo que como enfermo siente o ha sentido (una parte de lo que en su propia vida ha hecho o ha padecido), lo que en relación con su enfermedad hubo o aconteció en su entorno social y en su ambiente cósmico, lo que puede relacionar la enfermedad que padece con la estirpe a que pertenece. No puede negarse, por supuesto, que tales declaraciones atañen al modo de vivir del paciente; pero éste habla en todas ellas de lo que en su cuerpo, en su intimidad o en su ambiente objetivamente ha percibido; de algo, en suma, de lo cual ha sido interesado testigo. Por eso he llamado testifical a este modo de la anamnesis.

En la *anamnesis interpretativa*, en cambio, el enfermo no se limita a ser testigo de sí mismo; además de serlo, ofrece al médico una interpretación personal –clara o confusa, certera o errónea, conceptual o metafórica– de lo que para él son la enfermedad que padece y el trance por que atraviesa. Iniciada por Freud, la práctica de la anamnesis interpretativa se ha hecho imprescindible cuando quiere verse al enfermo como persona orgánica. Veremos cómo.

En la anamnesis clínica hay, por fin, *silencios*, tanto porque no puede ser continuo el curso del habla como porque el hombre es por esencia *animal taciturnum*, además de ser *animal loquax*. Cuando no es simple descanso de hablar, o voluntad de no decir nada, o signo de autismo patológico, o consecuencia del sueño, la afasia o el coma, el silencio puede ser «presignificativo», el fondo silencioso de que emergen las palabras, «significativo», cuando con él se quiere expresar algo –por ejemplo, el correspondiente al refrán «El que calla,

otorga»–, y «transignificativo», ese en que muere la palabra cuando lo que se vive llega a ser, por su gravedad, definitiva u ocasionalmente inefable: el *sanctum silentium* de la ascética cristiana, el «silencio profundo como la eternidad» de que hablaron Carlyle y Emerson, el que prescribe Ortega cuando dice que «si de veras se quiere hacer algo en serio, lo primero que hay que hacer es callarse». Con él deben expresarse el médico y el enfermo cuando la amenazadora certidumbre de una muerte inevitable y próxima surge de golpe en el curso de la relación médica; esto es: cuando la enfermedad, después de haber sido *morbus ante verbum* (en las imperceptibles etapas iniciales de la constitución orgánica de su causa inmediata) y *morbus in verbo* (desde que el enfermo y el médico pueden hablar de lo que ella es), se trueca, si inexorablemente va a conducir a la muerte, en *morbus ultra verbum*. Al hablar de la muerte como horizonte de esta relación, reaparecerá el tema. Entre tanto, que todo lo dicho sirva para promover entre los semiólogos la necesidad de una bien elaborada «logotécnica» en la formación del médico.

3.º A lo largo de la exploración, el médico pone sus manos sobre el cuerpo del enfermo para tocar su superficie (tactación) o para detectar lo que hay debajo de ella (palpación). Entre el médico y el enfermo se ha producido así un *contacto manual*. En tal caso, ¿qué hace y qué percibe el explorador, qué siente el enfermo?

Tocar algo es percibir su realidad como resistencia grata o ingrata –a ello pueden ser reducidas las sensaciones de dureza o blandura, de lisura o aspereza, de frialdad o calidez–, y en consecuencia ejercitar incipientemente las varias funciones del órgano táctil por excelencia, la mano. Esta, en efecto, puede ser funcionalmente un órgano prensil y posesivo (instrumento para coger), técnico (instrumento para «manejar» racionalmente las cosas tangibles), simplemente modificador (de manera nociva en el estrangulador, de manera benéfica en la madre que aprieta el cuerpo del niño contra su pecho), noético o cognoscitivo (instrumento para explorar cómo es la realidad) y fruitivo (cuando se toca algo para la propia fruición, caricia-para-mí, o para la función ajena, caricia-para-otro). Sentado lo cual, veamos lo que en la palpación deben ser la experiencia del médico y la experiencia del enfermo.

La palpación exploratoria debe ser para el médico, ante todo, experiencia cognoscitiva. Ahora bien, tal experiencia puede ser consecutiva a dos intenciones diferentes: una objetivante e impersonalizadora y otra formalmente personalizadora. Sólo objetivante es la palpación cuando el médico se limita a percibir las cualidades puramente materiales de la región palpada: dureza o blandura, aspereza o suavidad, redondez o angulosidad, calidez o frialdad; pero llega a ser también personalizadora, y por tanto motivo de coejecución anímica, cuando el cuerpo es considerado por el explorador como realidad humana y morada de una intimidad; esto es, cuando sabe percibir y valorar la reacción personal del enfermo a la acción de tocarle. Apenas será necesario decir que el momento fruitivo del contacto manual debe quedar reducido, si ello resulta posible, a pura caricia-para-otro; en esto tiene uno de sus fundamentos la regla de palpar con toda la suavidad que el caso permita, y una de sus manifestacio-

nes la neutralidad afectiva (Talcott Parsons), que la sociedad occidental exige y espera del médico correcto.

El enfermo, por su parte, experimenta la palpación exploratoria, cuando ésta es diestramente ejecutada, como un trance en el que se funden hasta cuatro vivencias elementales: una de «autoafirmación», reducible a las fórmulas verbales «Resisto, luego existo» y «Me acarician, luego valgo»; otra de «relajación», cuya más visible manifestación orgánica es la desaparición de las defensas musculares en la región palpada (segundo fundamento de la regla que antes mencioné), y cuya expresión psíquica consiste (Schutz, Jacobson, Ajuriaguerra, Cahen) en un vago sentimiento de regresión a la infancia –el masaje, dice agudamente Nacht, «concede vacaciones al hombre adulto que, sin saberlo, tanto lucha por hacer callar al niño que llora en él»– y cierta fusión extática con el mundo, ese existir «como fuera de la duración» que han descrito Ajuriaguerra y Cahen; otra vivencia de «alivio y compañía», conexa con la anterior, en la cual tiene su base psicoorgánica el rito religioso o mágico de la imposición de manos; otra, en fin, de «placer», la inherente a la palpación cuando ésta es verdadera caricia-para-otro. El recto cumplimiento de un bello precepto hipocrático, que el médico llegue a poseer «eurritmia de las manos», todo esto exige de él, sea cirujano o simple explorador manual. Ejercitando esa eurritmia con la debida destreza, el cuerpo se le ofrece según las tres funciones cardinales del organismo humano, la organizadora, la configuradora y la somática, y conforme a las seis líneas modales que en la operación de ese organismo pueden ser discernidas: causa de sentimientos, fuente de impulsos, carne expresiva, realidad simbólica, limitación espacio-temporal y pesadumbre. Parece pertinente, pues, pedir que los manuales de semiología enseñen una «quirotécnica» o arte de usar las manos y una «haptoténica» o arte de tocar, ambas antropológicamente concebidas.

4.º Un conjunto de *técnicas no instrumentales*, como la percusión, el examen de la sensibilidad y de los reflejos, algunas más, se agrega al que constituyen la inspección, la anamnesis, la tactación y la palpación. No será difícil aplicar a ellas todo lo anteriormente dicho. Algo nuevo añaden, en cambio, las *técnicas exploratorias instrumentales*, desde la termometría y la auscultación mediata hasta las actuales endoscopias y el casi omnividente escáner. Es así, porque el instrumento exploratorio puede ser, además de recurso técnico, aparato que permite ver lo que escapa a la visión directa y al tacto, y que en tantas ocasiones aumenta la confianza del enfermo en el médico que le explora; o un artilugio mágico, porque mágico parece ser con frecuencia, a los ojos del pueblo inculto, el poder de la ciencia y la técnica (Barcia Goyanes); o un objeto simbólico (interpretación fálica del estetoscopio, actitud subconsciente frente a la constricción del brazo por el manguito del esfigmomanómetro), según ciertos psicoanalistas, como E. Jones y J. P. Valabrega; o, en fin, un muro de separación entre el médico y el enfermo.

5.º Quiere decir lo expuesto que en el dato exploratorio no debe ver el clínico, si de veras aspira a hacer un diagnóstico integral, el resultado de la pura constatación objetiva, como un soplo mitral, ni una simple reacción material,

como la de la caverna pulmonar o el derrame pleural al dedo percutorio, ni siquiera una reacción orgánica más o menos compleja, como la del infusorio al aumento de temperatura del medio o la de un corazón viviente de rana a la digital, sino *verdadera respuesta psicoorgánica* de una persona humana a la situación en que la enfermedad y el acto exploratorio le hayan puesto. Tal condición del dato será a veces mínima y apenas merecedora de la atención del médico, así en el caso del soplo mitral o en el de la caverna pulmonar, pero en otras, el temblor del basedowiano, por ejemplo, necesariamente habrá de ser tenida en cuenta. Porque el sujeto de la respuesta nunca es una cavidad pleural anegada o una válvula mitral deforme, sino la viviente unidad psicoorgánica de un hombre que tiene una biografía del todo intransferible, vive personalmente, de modo a la vez consciente e inconsciente, las diversas situaciones por que atraviesa, y como tal persona, sabiéndolo unas veces, sin saberlo otras, a ellas responde.

b. *Exploración de una persona orgánica*

Cuando el explorador ve en el enfermo un organismo personal –más precisamente: un psicoorganismo personal–, las alteraciones del organismo y de la psique son en primer término el objeto de su pesquisa; mas cuando el médico se propone la *exploración de una persona orgánica*, la meta de su indagación habrá de ser el modo de vivir del enfermo y por consiguiente su conducta en tanto que tal enfermo. Dos recursos principales se le ofrecen para el cumplimiento de tal empeño: la anamnesis interpretativa y la exploración del medio social.

1.º La anamnesis testifical puede ofrecer datos que ayuden eficazmente a componer la biografía médica del enfermo, marco y suelo de la situación vital en que la enfermedad le ha puesto, y por consiguiente de su personal modo de vivirla; pero sólo una correcta *anamnesis interpretativa* permitirá conocer ese personal modo de vivir la afección morbosa y la significación que para el paciente posee el hecho de padecerla. La lectura de los textos de Freud acerca de la anamnesis y de las historias clínicas que su obra ofrece, las que contienen los libros de von Weizsäcker más directamente apoyados en su inmediato contacto con el enfermo, las pautas que para la práctica del coloquio anamnéstico proponen Allers, Deutsch, Fl. Dunbar, Barilari y Grasso, Dahmer, Gross, R. Adler y otros, permitirán acercarse a lo que en su figura concreta deben ser la anamnesis interpretativa y su interconexión con la anamnesis testifical. Pero sea cualquiera el modelo adoptado, siempre su nervio será la pesquisa de una idea de sí mismo, la del enfermo, expresada a través de su experiencia de la enfermedad que padece y de las vicisitudes de su personal biografía.

2.º Complemento de la anamnesis es en la actualidad, y de modo cada vez más necesario, la *exploración del medio social*. El vigoroso y creciente desarrollo de la mentalidad social entre los médicos reflexivos de las últimas décadas ha conducido a complementar la ya compleja estructura del hospital de co-

mienzos de siglo –enfermerías, ambulatorios, farmacias, quirófanos, instalaciones radiológicas, sala de autopsias, escuela de enfermeras, laboratorios de diversa índole, archivos– con un servicio nuevo, especialmente consagrado a conocer la instalación del paciente en el medio social de que procede, por una parte, y a su adecuada integración en la complejidad de la existencia hospitalaria, por otra. De ello debe encargarse el asistente médico-social *(medical social worker)*. El estado mental del paciente, su situación económica, doméstica y laboral, la de su familia y todo cuanto de manera próxima le relacione con centros de enseñanza, de trabajo, de diversión y de vida religiosa, son, según D. Goldstein, los temas, a que la actividad informativa del asistente social debe aplicarse. La biografía médica del enfermo queda así notablemente enriquecida.

3.º El apartado subsiguiente nos hará ver cómo desde los resultados de la exploración objetiva y de la anamnesis puede ser alcanzada la meta propia del diagnóstico integral. Antes, sin embargo, debo añadir a lo expuesto dos breves observaciones. La primera, que las declaraciones del enfermo acerca de su vida suelen dar una imagen incompleta y falsa, especialmente cuando la enfermedad es neurótica. «No existe entre los sucesos relatados la debida conexión, y el orden de su sucesión aparece inseguro», dice Freud. Y añade: «La incapacidad de los enfermos para desarrollar una exposición de la historia de su vida, en cuanto se relaciona con la de su enfermedad, no sólo es característica de las neurosis, sino que posee además gran importancia teórica... Sólo hacia el final de la cura se ofrecerá a nuestra vista una historia patológica consecuente, inteligible y sin soluciones de continuidad». La segunda, que la práctica de la anamnesis testifical sólo debe ser preceptiva en las enfermedades que, por haber arraigado profundamente en la vida personal –por haber pasado el sentimiento de padecerlas de la esfera de «lo-en-mí» a la esfera de «lo mío»–, necesariamente han de ser tenidas en cuenta por el sujeto en el empeño de hacer su vida. Más concisamente: en las enfermedades crónicas, sean preponderantemente orgánicas, como la úlcera gástrica, o preponderantemente psíquicas, como la neurosis obsesiva. La deficiencia pragmática del diagnóstico debe ser regla general, por el contrario, en las enfermedades agudas. Pronto veremos la razón de tal proceder.

3. La inferencia diagnóstica

Desde que inicia su contacto con el enfermo está haciendo el médico constataciones o inferencias diagnósticas. Visión inmediata de la especie morbosa a que pertenece el «caso» contemplado, por tanto mera constatación, hay para el clínico avezado en la mera inspección de un cuadro de enfermedad de Parkinson o, ya avanzada la exploración, en la auscultación de un soplo mitral netamente perceptible. Lo ordinario, sin embargo, es que la consecución de un juicio diagnóstico suficientemente fiable y preciso exija la práctica de una más o menos trabajosa inferencia diagnóstica. Es decir: la ejecución del conjunto de

operaciones mentales en cuya virtud el médico convierte en verdadero juicio clínico los datos obtenidos mediante la exploración del enfermo. En sí mismo, el dato de exploración –fiebre, matidez torácica, leucocitosis, alucinación visual– no pasa de ser «hecho bruto», según la expresiva denominación de Cl. Bernard: conocimiento empírico que pocas veces basta para establecer la línea de una conducta terapéutica, y en ninguna el nivel correspondiente al modo de conocer que todos llamamos «ciencia». Cierto que el saber a que da expresión el juicio diagnóstico no es puro saber científico; esencialmente es otra cosa; pero la ciencia –ciencia del organismo, ciencia de la psique, ciencia de la sociedad– constituye su fundamento intelectual, y a lo que ella clínicamente enseña y propone sólo puede llegarse mediante una bien fundada inferencia de lo que en el momento de la exploración está siendo la enfermedad del paciente. Vamos a estudiarla ordenando la materia en tres apartados, correspondientes a las tres vías por las que la medicina actual se realiza: la tradicional, la informática y la interpretativa.

a. *La inferencia tradicional*

Doy el nombre de *inferencia tradicional* a la que sólo apoyado en los datos clínicos y paraclínicos que en su exploración haya recogido, ajeno, por tanto, a la ayuda mental que hoy ofrece la informática y a la exigencia que respecto del diagnóstico inició la obra de Freud, ejercita el médico para establecer la naturaleza y la etiología de la lesión anatómica o bioquímica a que debe ser referido el cuadro clínico que observa, o al menos la especie morbosa en que debe ser incardinado. Ante un paciente en cuya exploración hayan sido detectado tales y tales datos inspectivos, anamnésticos, auscultatorios y electrocardiográficos, la mente del clínico se mueve desde ellos hacia el desorden orgánico y el agente causal que los ha determinado y, valga este ejemplo, concluye: «Estenosis mitral bien compensada de origen reumático en un sujeto joven y asténico». Es el modo de la inferencia que por tradición continua y perfectiva había llegado a constituirse en los decenios iniciales de nuestro siglo.

¿Cómo, procediendo así, ha pasado la mente del clínico «del síntoma a la enfermedad», para decirlo con una fórmula mil veces repetida desde hace más de cien años; al conocimiento de una «enfermedad» diagnósticamente concebida como especie morbosa? A riesgo de esquematizar y unificar en exceso el vario proceder del clínico, me atrevo a describir una pauta inferencial canónicamente ordenada en cuatro tiempos: constatación, selección, inducción tipificadora e individuación.

1.º Llamo *constatación del dato* al acto con que el médico da por objetivamente cierta la existencia de hechos clínicos, síntomas y signos, que de modo fiable le permitan juzgar acerca del estado de salud de la persona explorada. En la constatación se formaliza prediagnósticamente la recogida de los datos (*collection of data* de los autores anglosajones) que la exploración ha suministrado.

Descartados los casos en que la exploración no haya ofrecido datos objetivos verdaderamente anormales y, en el extremo opuesto, el descubrimiento de cuadros sintomáticos en que el diagnóstico específico –psoriasis circinada, neumonía lobar, estrechez mitral, etc.– se haya impuesto de manera evidente e inmediata, la primera tarea del clínico consistirá en lograr la máxima certidumbre acerca de la realidad y la objetividad de los datos obtenidos. Cinco son, a mi modo de ver, los principales problemas que a este respecto pueden presentarse: *a)* Realidad del dato. La coloración de la piel que me ha parecido ser un tinte ictérico, ¿lo es en realidad? *b)* Intensidad del dato. ¿Es posible sustituir la cuantificación subjetiva –«muy intenso», «poco intenso»– por una adecuada cuantificación mensurativa? *c)* Denominación técnica del dato. ¿Es unívoca la relación entre una alteración morbosa y el nombre con que se la designa? *d)* Modalidad del dato. Cuando éste es una respuesta del organismo, ¿es lícita su reducción al esquema «respuesta positiva» o «respuesta negativa», sin consideración de grados y modos intermedios? Y, por otra parte, ¿pertenece el dato al grupo de los «duros», los que pueden ser objetiva y exactamente enunciados (peso, temperatura), al de los «blandos», de carácter más bien subjetivo (muchos de los obtenidos por anamnesis y todos los enunciados con un «Me parece que...»), o al de los «relativamente duros», como el electrocardiograma, el fonocardiograma y muchos de los procedentes del laboratorio? *e)* Fiabilidad del dato. Cuando el dato es mensurativo, ¿hay en la medida precisión y garantía suficientes? Y sea mensurativo o no, ¿predomina en él la especificidad (sólo se presenta en una enfermedad, aunque no en todos los casos de ella) o la sensibilidad (el dato es sensible respecto de la alteración que revela, pero puede presentarse en varias enfermedades)?

2.º Más o menos implicado en el proceso sensorial o intelectivo de la constatación, e incluso en el de la obtención, un proceso mental de *selección* tiene lugar en el curso de la inferencia diagnóstica tradicional. Si la mera exploración del enfermo no ha impuesto la certidumbre de un determinado diagnóstico específico, entonces el médico selecciona *in mente* los datos exploratorios que en principio le parezcan más significativos para el establecimiento de un juicio diagnóstico satisfactorio.

Varios son los problemas que suscita la realidad de este proceso de selección: *a)* Su mecanismo psíquico y lógico. Tal selección no es una «idea *a priori*», en el sentido que Cl. Bernard dio a esta expresión: la súbita y nueva explicación hipotética de algo que sorprende y resulta inexplicable con lo que antes se sabía; es el también súbito aislamiento mental de un dato de observación desde el cual podrá explicarse científicamente el conjunto a que pertenece; acto para cuyo acierto ayuda, junto a la experiencia y el saber, el ingénito talento combinatorio subyacente al llamado «ojo clínico». *b)* Su contenido concreto. En la decisión de seleccionar, ¿a qué síntoma debe concederse principalidad, al clínicamente más llamativo o al que principalmente (*chief complaint*) ha movido al paciente a buscar ayuda clínica? *c)* Su frecuencia en el cuadro clínico propio de la enfermedad en que se ha pensado; por tanto, un bien documentado atenimiento a estos asertos: «En tal afección, *tal* tanto por ciento de

los casos presenta *tal* desorden como síntoma inicial»; «En el curso de tal afección, *tal* síntoma aparece en *tal* tanto por ciento de los casos». *d)* La posibilidad del fracaso. Bien porque el síntoma-piloto no ha sido bien elegido, bien porque el enfermo sea un neurótico o un paciente-problema, la decisión selectiva puede fracasar; con lo cual el médico se verá obligado a elegir otra hipótesis diagnóstica o a plantearse el problema al margen de la inferencia que vengo llamando tradicional.

3.° Si la inducción es la ascensión de la mente desde un saber particular hasta un saber general, *inducción clínica* será un razonamiento formulable así: «*este* síntoma particular de *este* cuadro clínico pertenece a la noción universal que es *tal* especie morbosa»; noción efectivamente universal, ésta, porque puede realizarse en un universo de individuos. ¿Cuál es el mecanismo psicológico y cuál la estructura lógica de este proceso inductivo?

He aquí los puntos principales que veo en la respuesta: *a)* Contra lo que afirman algunos (Richard Koch, Berne, Meehl, Hegglin), yo no creo en la existencia de «diagnósticos intuitivos». El acceso al juicio diagnóstico es siempre el resultado de un razonamiento, y la presunta «intuición diagnóstica», un razonamiento especialmente rápido, en cuya determinación se aúnan la experiencia clínica, el saber y el singular talento combinatorio del llamado «ojo clínico». Sólo así deben ser explicados los *Blitzdiagnosen* o «diagnóstico-relámpago» que Skoda hizo famosos en Viena. *b)* El modelo que de ordinario ha servido para entender el proceso de la inducción clínica tipificadora ha sido el correspondiente al «diagnóstico diferencial»: un metódico cotejo entre las distintas especies morbosas a que puede pertenecer el síntoma-piloto y el cuadro clínico que presenta el paciente, hasta encontrar la que de modo más completo y exacto se ajuste a él. Pero, más que la expresión directa de lo que realmente hace el clínico cuando diagnostica, ese modelo es una elaboración *a posteriori* de lo que en la lección clínica o en el manual diagnóstico didácticamente suele hacerse para enseñar a moverse «del síntoma a la enfermedad». De ahí la necesidad de revisar lo que –sin romper formalmente con la inferencia tradicional– han sentido muchos. Unos, como Gross, Murphy y Wieland, directamente apoyados en la experiencia clínica. Otros, entre los que descuellan Meehl, Sarbin, Westemeyer y Sadegh-zadeh, mediante la aplicación metódica de la actual lógica del conocimiento científico al caso particular del diagnóstico médico (4). *c)* Una visión actual del problema del diagnóstico debe contar necesariamente con este amplio y valioso conjunto de investigaciones, si el clínico aspira a que sea de veras integral su conocimiento diagnóstico; pero en tanto que tácitamente limitado a los presupuestos mentales de la inferencia tradicional –consideración de la especie morbosa como meta esencial del proceso diagnóstico, abierta o larvada hostilidad contra el conocimiento «comprensivo», en aras de la «explicación» pura, etc.–, ese enriquecimiento de la gnoseología médica sólo podrá ser últimamente válido, si el clínico aspira a

(4) En mi libro *El diagnóstico médico* puede leerse una exposición del tema suficientemente amplia.

la real integridad de su juicio diagnóstico, cuando haya sabido asumirlo en el marco de una inferencia auténticamente interpretativa. Pronto veremos cómo.

4.º Más o menos implicada en la inferencia de la especie morbosa de que se trate, la *individuación del juicio diagnóstico* es, dentro del pensamiento clínico tradicional, la última etapa del conocimiento clínico de la enfermedad. Con ella, en efecto, la referencia de la especie morbosa diagnosticada al cuadro sintomático que presenta el individuo enfermo («El individuo X padece la enfermedad A») deja de ser meramente formal y adquiere contenido real. La fórmula con que Sadegh-zadeh define el juicio diagnóstico –recuérdese: «El idiograma clínico de un determinado individuo»– queda perfectamente satisfecha.

La clínica tradicional ve la individualidad del cuadro sintomático en la suma de los siguientes elementos descriptivos: *a)* La mayor o menor intensidad de los síntomas característicos de la especie morbosa diagnosticada (fiebre más o menos alta, tinte ictérico más o menos intenso, glucemia de tal o cual cuantía). *b)* La peculiar distribución en el tiempo de dichos síntomas (proceso morboso más o menos prolongado, frecuencia mayor o menor del vómito o del acceso de tos, adelanto o retraso en la presentación de un síntoma). *c)* La presencia de síntomas anómalos, respecto de los que a la especie morbosa diagnosticada suelen atribuir los libros. *d)* La ausencia o la atipicidad de los que son tenidos por característicos de ella. Y a esa individualidad descriptiva se la entiende como el resultado de la operación de varios factores patoplásticos: la edad, el sexo, la raza, el biotipo y la «capacidad de defensa» del sujeto, la localización de la lesión, la mayor o menor virulencia del agente causal.

La realidad clínica de todos esos datos descriptivos y la eficacia patoplástica de estos factores configurativos no pueden ser puestas en duda. Pero la visión de la individualidad del caso como remate del diagnóstico y no como punto de partida de cualquier reflexión sobre cualquier proceso morboso individual, por una parte, y la concepción científica de ella como resultado de combinarse la acción de varios factores de condición típica, por otra, ¿puede ser el recto camino hacia la individuación del conocimiento médico de un enfermo? Habrá que verlo.

5.º Lo que respecto de la individuación del juicio diagnóstico acabo de apuntar, puede y debe decirse de la inferencia tradicional *in toto*. Si el clínico se propone llegar a un diagnóstico auténticamente integral, ese modo de la inferencia es, sí, condición necesaria para el logro de su empeño, mas no condición suficiente. Ni lo es como camino hacia el cabal conocimiento de la verdadera realidad de la enfermedad humana, ni como fundamento idóneo de un tratamiento verdaderamente correcto, y por tanto verdaderamente apartado de la rutina terapéutica con que tantas veces debe proceder el médico.

Varias razones concurrentes obligan a afirmar con toda decisión que, contra lo que de ordinario se piensa, *la inferencia tradicional es intrínsecamente insuficiente*: *a)* La enfermedad humana es en primer término un modo de vivir, y la inferencia diagnóstica tradicional lo desconoce por completo. Si el diagnóstico médico debe hallarse ordenado a la práctica del tratamiento, y si éste, como certeramente dijo el propio Cl. Bernard, exige «tener en cuenta eso que

llaman influencia de lo moral sobre lo físico, y por consiguiente una multitud de consideraciones de familia y de posición social que nada tienen que ver con la ciencia», el diagnóstico, contra lo que erróneamente pensó el genial fisiólogo, sólo será de veras científico considerando científicamente –ciencia de las relaciones organismo-psique, ciencia de la conducta humana, ciencia de la realidad social– esos y otros momentos de la realidad del enfermo. Muy especialmente, más de una vez lo he dicho, cuando la afección de éste sea preponderantemente neurótica o constituya el desorden causal de uno de los pacientes-problema de Earley y von Mering. *b)* La inferencia tradicional se basa exclusivamente en el conocimiento objetivante de la realidad del enfermo y en la explicación científico-natural de lo que objetivamente ve y oye en ella el clínico, siendo así que un conocimiento cabal de cualquier estado y cualquier actividad del hombre, no excluida, naturalmente, la enfermedad, exige del observador tanto la coejecución como la objetivación y tanto la comprensión psicológica como la explicación científico-natural. *c)* La condición personal del enfermo («La misma úlcera de estómago es una enfermedad distinta en un segador y en un profesor de Filosofía», escribió Marañón) y su personal actitud frente al médico (posible acción modificadora de la presencia de éste, posible ocultación de síntomas), influyen en alguna medida sobre la figura del cuadro clínico. *d)* Incluso cuando es un resuelto doctrinario de la concepción puramente científico-natural de la medicina, el médico objetiva y diagnostica desde su personal modo de practicarla (no se ve lo mismo en el enfermo desde los distintos modos de instalarse en la profesión que antes tipifiquen como *ego sapiens, ego cupiens, ego fungens* y *ego adiuvans*) y conforme a su personal mentalidad. Ante un caso de colitis ulcerosa, ¿en qué medida no diferirían entre sí los juicios diagnósticos de un Mathieu, un Boas, un Osler y un Thannhauser?

El diagnóstico médico no es y no puede limitarse a ser conocimiento puramente objetivo e impersonal. Entonces, ¿cómo frente al enfermo puede y debe el médico completar y trascender esa abstracción reductiva que es la pretensión de una objetividad pura? Lo veremos al estudiar la inferencia interpretativa. Antes es preciso examinar brevemente, desde un punto de vista antropológico, el cada vez más extenso campo de la inferencia informática.

b. *La inferencia informática*

La pretensión de lograr una *inferencia informática del juicio diagnóstico* se inició en torno a 1950, cuando el arrollador auge de la cibernética y del empleo de computadores u ordenadores despertó en algunos (Ledley, Lusted, Warner y Jacquez en los Estados Unidos, Proppe en Alemania, varios más) la idea de utilizar en la práctica diagnóstica la fabulosa capacidad de esas máquinas para el cálculo matemático. Nació así una nueva e incitante disciplina, la informática médica, de cuya importancia da elocuente testimonio la copia fabulosa de la bibliografía por ella suscitada. Un texto de Proppe expresa bien las ventajas –o las esperanzas– que ofrece la práctica del diagnóstico automatizado: «Una actualidad (de la información sobre el saber médico) permanentemente asegura-

da; la disponibilidad inmediata de los conocimientos y la experiencia de los mejores expertos en la materia; la constante e ilimitada asistencia de la memoria; un servicio que trabaja sin apenas pérdida de tiempo para remedio de las lagunas en el recuerdo y de las posibles deficiencias en el manejo de libros y revistas. Mediante un centro de datos con el que se halle conectado un computador idóneo, al médico geográficamente más distante le será posible el acceso inmediato a todo este cúmulo de ventajas». No será inoportuno examinar brevemente, dentro del marco de la antropología médica, cuáles son realmente las que hasta hoy ha ofrecido y promete el ordenador (5).

1.° Debe ante todo decirse que, rectamente manejado, el ordenador presta al médico muy variados y muy importantes servicios. En relación con la actividad diagnóstica, éstos parecen ser los más valiosos: rapidez, y por tanto economía de tiempo, en la obtención del juicio diagnóstico; mayor porcentaje de aciertos, incluso comparado su rendimiento con el de un clínico bien formado; posibilidad de estar al día en la información médica, si se procura mantener «en forma» su programación. A todo lo cual debe añadirse el afinamiento y el progreso que día a día logran la taxonomía médica, la conceptuación y la cualificación del dato exploratorio y el estudio estadístico de la relación enfermedad-síntoma (por ejemplo: la frecuencia real del exoftalmos en el hipertiroidismo), merced a la exigencia del ordenador. No hay duda: los computadores están transformando la medicina (F. H. Roger, M. Gall), aun cuando todavía un clínico diestro y experimentado pueda trabajar en los casos corrientes, en torno a un 70 % de los que se le presentan, más económicamente, con fiabilidad comparable y casi con igual rapidez que el computador (Gross).

2.° Esencial limitación del ordenador es que sus respuestas sólo pueden referirse al repertorio para que la máquina ha sido programada, y éste, aun extendido a cuanto contiene la ICD (*International Classification of Diseases*, de la OMS), dista no poco de abarcar todas las posibilidades típicas de enfermar que hoy ofrece la patología humana (unas 30.000).

3.° Aun siendo acertado, el dictamen del ordenador no es un «diagnóstico» propiamente dicho, y mucho menos un verdadero «juicio clínico», sino el predicado nosográfico de un aserto diagnóstico (por ejemplo: «Esto es una estenosis mitral»), al cual sólo la previa y la ulterior intervención del médico pueden dar un sentido clínico satisfactorio. Lo probable es que la práctica médica del futuro –un futuro más próximo de lo que muchos piensan– se halle regida por la fórmula de Lusted, uno de los máximos introductores del computador en la vida hospitalaria: la «simbiosis médico-máquina».

4.° La intervención del médico se hace todavía más imprescindible en las neurosis, en las llamadas «enfermedades psicosomáticas» y, en general, en todas las dolencias en que predominan los «datos blandos». Esto es: cuando la enfermedad echa sus raíces en la biografía del enfermo, son necesarias para el diagnóstico la actividad coejecutiva y la interpretación, y el escueto predicado

(5) De nuevo remito a mi libro *El diagnóstico médico*.

del juicio diagnóstico debe ser sustituido por un relato formalmente comprensivo y no meramente descriptivo; con otras palabras, cuando el diagnóstico haya de ser integral. Lo cual hace que las limitaciones antes imputadas a la inferencia tradicional afecten también, y por las mismas razones, a la inferencia informática.

c. *La inferencia interpretativa*

Doy el nombre de *inferencia interpretativa* a la que se hace necesaria en la actividad diagnóstica cuando ésta haya de tener en cuenta lo que la enfermedad es en tanto que modo de vivir del hombre que la padece y hace, y en consecuencia como afección de un sujeto en cuya realidad se funden el organismo personal y la persona orgánica. Sólo mediante ella, en efecto, puede ser conocida la condición personal de la vida humana. De ahí que el empeño de describir adecuadamente el diagnóstico integral exija un breve examen de lo que son la interpretación en general y la interpretación médica en particular.

1.° Comienza la historia de la *interpretación o hermenéutica* con el tratado aristotélico *peri hermêneías*, que con su sola pertenencia al *Organon* muestra lo que en sí mismo es: una reflexión de carácter lógico acerca de lo que significan las expresiones verbales. Siglos más tarde, los intérpretes cristianos de los textos bíblicos se aplicarán a discernir los varios sentidos con que esos textos pueden ser entendidos: el literal, el espiritual y el histórico. La hermenéutica antigua se hace exégesis. Con Schleiermacher, los hermanos Schlegel, Dilthey y el Conde Yorck von Wartenburg se inicia, en fin, la etapa actual de esa historia: la «comprensión» (*Verstehen, Verständnis*), meta cognoscitiva a que aspira la interpretación, pasa a ser, por oposición a la «explicación» científico-natural (*Erklären, Erklärung*), el método propio de las «ciencias del espíritu», y constituye, por tanto, la vía regia para un conocimiento de lo humano verdaderamente adecuado a lo que el hombre es. Poco más tarde, Husserl y Heidegger, éste sobre todo, injertarán la hermenéutica en la fenomenología y elaborarán una ontología de la comprensión: qué es la existencia humana en tanto que capaz de comprender y en tanto que susceptible de ser comprendida.

Sin conexión aparente con este secular proceso histórico, Freud publicó en 1900 un libro cuyo solo título, *Traumdeutung, Interpretación de los sueños*, mostraba a las claras que, por lo menos en lo tocante a la neurosis, la interpretación, la *Deutung*, había penetrado en el dominio de la medicina: para diagnosticar, el médico necesita ahora no sólo explicar, también interpretar, comprender. Poco más tarde, Groddeck, Deutsch, Ferenczi, Allers y el «círculo médico de Viena», von Weizsäcker y la «escuela de Heidelberg», y por fin los paladines de la medicina psicosomática, lograrán introducir la interpretación –entendida ésta al modo de Freud, al de Adler, al de Jung o de manera ecléctica– en la actividad diagnóstica general, y harán esta interpretación la clave metódica de una de las líneas rectoras del pensamiento médico de nuestro siglo.

Interpretación, comprensión, desvelamiento del sentido que posee lo directamente percibido: «el trabajo del pensamiento que consiste en descifrar el sentido oculto en el aparente, en explicitar los niveles de significación implicados en la significación literal», según la definición del filósofo P. Ricoeur. Refiérese ésta, como su texto obviamente indica, a la intelección comprensiva de los textos escritos, tema al que tradicionalmente se había aplicado la hermenéutica; pero el desarrollo de la actitud de Dilthey ante los modos del conocimiento científico –su bien conocida contraposición entre «ciencias del espíritu» (historia, psicología, filosofía, ciencia de la literatura) y «ciencias de la naturaleza» (física, química, biología)–, había de conducir a la ruptura con esa dicotomía y al descubrimiento de un nuevo campo de la hermenéutica: la realidad del hombre mismo, en tanto que expresada bajo forma de conducta.

Explicación: conocimiento del mecanismo de la causación de un fenómeno objetivamente observado, respuesta a las preguntas «cómo» y «por qué». Comprensión: conocimiento de la significación y el sentido de lo que se percibe, respuesta a la pregunta «para qué». Entre una y otra, ¿tiene que haber siempre una oposición mutuamente excluyente? Es cierto que para el conocimiento científico de las realidades y los procesos del mundo cósmico (la caída de una piedra, la síntesis de una molécula, la formación de una galaxia) sólo la explicación es posible (6). Menos cierto parece que el conocimiento riguroso del sentido de una obra humana (una novela, un tratado diplomático, un artefacto) haya de ser pura comprensión; porque la intelección científica del vehículo material de ese sentido (el manuscrito o el libro y su elaboración, la pauta gramatical y la estructura lingüística del texto escrito, las piezas y el ensamblaje del artefacto estudiado), hará estrictamente imprescindible la apelación al modo explicativo de conocer. Y totalmente cierto es que un conocimiento preciso del sentido que poseen la expresión y la conducta del hombre exigirá, de modo todavía más ineludible, información suficiente acerca de las estructuras psicoorgánicas –neurofisiológicas, hormonales, musculares, metabólicas– que dan lugar a la expresión y a la conducta estudiadas; información que sólo mediante los recursos explicativos de la ciencia natural puede ser obtenida. Sin asociar metódicamente la explicación y la comprensión, no es posible conocer de manera científica la actividad del hombre y las vicisitudes de su vida; una de las cuales es la que ahora nos ocupa, la enfermedad.

Pues bien: ¿cuándo debe practicarse y cómo se practica la interpretación en el caso de la enfermedad? ¿En qué consiste y cuáles son las indicaciones de una indiferencia diagnóstica integralmente humana?

2.º Hay que estudiar en primer término la *oportunidad de la inferencia interpretativa*. ¿Cuándo ésta debe ser practicada?

He aquí un médico que tiene clara idea de lo que debe ser el diagnóstico integral, en el sentido que a esta expresión vengo dando, y que dispone de

(6) Sólo cuando la realidad cósmica, por servir a los fines del hombre, se haga cosa-sentido, en el sentido que Zubiri ha dado a esta expresión, sólo entonces dará lugar a un conocimiento científico de carácter comprensivo. Por ejemplo, cuando haya que estudiar la historia de la sal común como alimento.

tiempo suficiente para llevarlo a cabo. Ante un enfermo, y cualquiera que sea la dolencia de que se trate, durante su exploración clínica –inspección, anamnesis, palpación, etc.– sabrá aunar la objetivación con la coejecución, más precisamente, percibirá como actividad coejecutiva una parte de lo que en ella hace, y en consecuencia procurará entender como verdaderas respuestas personales, no como simples reacciones biológicas, los diversos datos obtenidos. Recuérdese cómo la percepción objetivante y la coejecución personalizadora se juntan en toda posible maniobra exploratoria, cuando ésta es correctamente ejecutada. Mas para decidir su ulterior conducta respecto de la inferencia diagnóstica, su proceder dependerá de la situación clínica en que se encuentre. Dos son las más importantes:

a) Se trata de una *enfermedad aguda*. La violencia de su comienzo y la rapidez del tempo con que se presentan los síntomas así hacen verlo. ¿Qué hará entonces el clínico? Reduciendo las cosas a tajante esquema, dos podrán ser las líneas de su proceder.

La primera, abstenerse de continuar dando pasos hacia la inferencia interpretativa y actuar conforme a la pauta de la inferencia tradicional. Tal será la regla en la inmensa mayoría de los casos. La enfermedad aguda, en efecto, no pasa de ser un paréntesis fugaz en la vida de quien la padece; y así, el sentimiento de padecerla –sobre todo, si la molestia propia del estar enfermo se hace intensa y penosa– queda en la esfera psicológica de «lo-en-mí», no llega a penetrar, y menos a implantarse, en la más interior y personal esfera de «lo mío». El paciente interpreta entonces su dolencia como un azar más o menos penoso, ve en ella un evento que moralmente le prueba, si cree que el sufrimiento es ocasión de mérito, o que le hace pensar en la condición absurda del sufrir, si es agnóstico, y, suponiendo que una evolución del cuadro clínico hacia la gravedad y la muerte no sea previsible, se dispone a reanudar su vida normal tan pronto como la oportuna terapéutica ponga fin al accidente morboso. ¿Sería aceptable en tal caso que, mediante una anamnesis a la vez testifical e interpretativa, tratase el médico de escudriñar un posible y oculto sentido de la enfermedad en la intimidad subconsciente y en la vida del enfermo? Evidentemente, no. Esta indagación molestaría al paciente, no proporcionaría hallazgos diagnósticamente valiosos, no modificaría en nada la pauta del tratamiento y, si tal fuese el caso, no alteraría la evolución del proceso hacia la muerte.

Hay, sin embargo, enfermedades agudas en las cuales, si la mente del médico está lúcidamente abierta a la percepción de tal posibilidad, una inspección y una anamnesis atentas permitirán sospechar que la dolencia tiene un sentido más o menos inconsciente en la vida personal del enfermo; así acontece en los accidentes neuróticos (por ejemplo, una crisis histérica, cualquiera que sea su apariencia clínica) y en ciertas afecciones orgánicas (por ejemplo, las «anginas psicosomáticas» de von Weizsäcker). Son los accidentes morbosos en que el momento personal del vector nosogenético se hace especialmente eficaz; o, desde un punto de vista psicológico, aquellos en que la anamnesis permite atis-

bar que la dolencia no es para el paciente mero azar, sino recurso o castigo. ¿Cuál será entonces la conducta del clínico? No descuidará, por supuesto, el tratamiento orgánico del caso, según lo que su peculiaridad aconseje (por ejemplo: la administración de antibióticos en las amigdalitis antes mencionadas); pero, además de iniciar, complementariamente, una psicoterapia de urgencia, se moverá hacia un diagnóstico integral mediante la oportuna anamnesis, y tendrá en cuenta lo que de ella obtenga para lograr que la curación del paciente sea la adecuada reinstalación de éste en la vida y en su vida. Respecto de los accidentes agudos preponderantemente neuróticos, la aquiescencia de los clínicos ante esta regla será punto menos que unánime. Respecto de los accidentes agudos preponderantemente orgánicos, las actitudes, en cambio, serán discrepantes. Muchos se preguntarán: «Aun admitiendo el condicionamiento psíquico e inconsciente de la nosogénesis en ciertos pacientes de algunas enfermedades agudas, ¿cuántos son y cuántos pueden ser en la práctica los casos en que de hecho ese condicionamiento realmente se produzca?» La observación clínica y la estadística deben decidirlo. Entre tanto, bueno será atenerse a las prudentes observaciones de R. Siebeck, más de una vez transcritas por mí (7).

b) Se trata de una *enfermedad crónica*; de una dolencia, por tanto, que no suele comenzar violentamente, se instaura con un tempo lento, dura mucho y, por consiguiente, ha de ser tenida en cuenta por el enfermo para hacer su vida habitual. Siendo por esencia aflictiva, porque hasta en las enfermedades-refugio hay aflicción psíquica y orgánica, la experiencia de padecerla echa raíces en la existencia del paciente y *nolens volens* pasa de la esfera de «lo-en-mí» a la esfera de «lo mío»: la expresión «mi enfermedad» cobra entonces su más fuerte sentido. Son las enfermedades que, como tan agudamente hizo notar Sydenham hace tres siglos, tienen su autor «en nosotros mismos» (8). En ellas, precisaría Zubiri, el sujeto es a la vez agente (en cuanto que su organismo las realiza), actor (en cuanto que socialmente las sufre y ejecuta) y autor (en cuanto que en buena medida dependen de la vida que él eligió y lleva). En ellas, cabe añadir, completando esa certera descripción con el reverso pasivo de cada uno de sus elementos, el sujeto es a un tiempo agente-paciente, actor-autoespectador y autor-autointérprete o autohermeneuta. ¿Qué deberá hacer en tal caso el clínico, si pretende que su tratamiento alcance eficacia máxima?

Sólo esta respuesta cabe: sea la enfermedad preponderantemente orgánica (asma, úlcera gástrica, cardiopatía) o preponderantemente neurótica (neurosis cronificada), tratará de hacer integral su diagnóstico. Esto es: mediante la oportuna anamnesis y los informes que de los asistentes sociales pueda recibir, si de ellos dispone, y a la vez que por la vía de la inferencia tradicional va estableciendo un diagnóstico específico, indagará el sentido que la enfermedad tiene en la vida del enfermo y establecerá el que para su plena curación debe te-

(7) Véalas el lector en *El diagnóstico médico*.

(8) Por su carácter súbito e imprevisible, puramente azaroso, las enfermedades agudas «tienen su autor en Dios», decía Sydenham. Por su estrecha dependencia del modo de vivir que el paciente ha elegido, las enfermedades crónicas tendrían su autor «en nosotros mismos».

ner; actividad, esta última, esencial en el tratamiento psicoterápico de las neurosis e importante en el de cualquier enfermedad crónica.

3.º Debemos dar ahora un paso más, y plantearnos de frente *lo que realmente es el sentido de la enfermedad*, meta propia de la inferencia interpretativa. Más aún: lo que realmente es esa duplicación de sentidos a que acabo de referirme.

Frente a todo lo que le acontece, unas veces con plena advertencia, otras de modo tácito o inadvertido, el hombre se ve en la situación de preguntarse por el sentido que para él tiene tal acontecer. Que en ocasiones le sea inaccesible la respuesta y se vea obligado a concluir que es absurdo o que es misterioso eso que le ha acontecido –esto es: que tal evento no tiene ningún sentido o que el empeño de conocerlo rebasa las posibilidades de su inteligencia–, no quita validez a la regla. Ahora bien: el sentido que para nosotros posee un acontecimiento dentro de la totalidad de nuestra vida, el acontecimiento de la enfermedad, por ejemplo, puede ser posterior al hecho de su aparición, *post factum*, y anterior a él, *ante factum*. Y tanto en uno como en otro caso puede ser aparente, perceptible mediante la exploración directa, u oculto, sólo detectable a favor de un recurso técnico.

Para quien lo padece, el evento de la enfermedad puede ser *post factum* castigo, azar que golpea («Me tocó la china») o que desafía («Puesto que lo que me sucede es azaroso, trataré de dominarlo con mi inteligencia y mi técnica»), prueba y recurso; y en cada uno de estos casos, vivencia que fácil y claramente queda expresada en el interrogatorio o secreto y oscuro contenido del subconsciente. Ambas posibilidades habrá de tenerlas en cuenta el aspirante al logro de un diagnóstico integral, y en ambas deberá obtener, mediante la oportuna anamnesis, el resultado que brinden.

Más delicados son los problemas que plantea el sentido *ante factum* de la enfermedad. A los eventos en que un proyecto mío tiene su término les otorga sentido *ante factum* la intención de que son consecuencia y lo que ella significa en la vida de quien la concibió. Pero el padecimiento de una enfermedad, ¿es acaso un evento intencional y proyectado? Conscientemente, sólo en los casos de autolesión, porque el simulador no fabrica una enfermedad real, sino una enfermedad fingida, una apariencia de enfermedad. Subconscientemente, en cambio, y en la medida en que pueda hablarse de «proyectos inconscientes», son distintas las cosas.

Hay por un lado enfermedades surgidas como un recurso más o menos inconsciente –*arrangement*, dicen los adlerianos– para salir de un trance vital crítico, ante el cual el sujeto afecto no es capaz de lograr una solución compatible con la salud. Son las histerias y neurosis tradicionales, muchas de las actuales depresiones y las no escasas dolencias orgánicas, preponderantemente orgánicas, que estudia la llamada «medicina psicosomática»; por ejemplo, las diversas organoneurosis y las anginas psicosomáticas antes mencionadas. El enfermo «padece» por supuesto su enfermedad y sufre con ella; nunca el accidente morboso deja de ser *páthos* o *páthêma*. Pero a la vez, bien que por modo sub-

consciente, la «hace»; con lo cual el accidente morboso es también *érgon* y *poíêma*, obra en cuya génesis se funden la reacción biológica y el cumplimiento de la intención subconsciente (9). Tal intención, que sólo podrá ser detectada a merced de una inferencia interpretativa resueltamente técnica, psicoanalítica o no, es ahora la que confiere a la enfermedad el sentido vital y biográfico que para el enfermo posee; sentido *ante factum*, desde el cual deberá ser entendida la integridad sintomática y fisiopatológica del cuadro clínico y podrá ser formulado un diagnóstico integral. Sépalo o no lo sepa, el enfermo es a un tiempo agente-paciente, actor-autoespectador y autor-autohermeneuta de su enfermedad.

Hay por otra parte enfermedades en las que la intención subconsciente no posee tal prevalencia nosogenética o desencadenante y no pasa de ejercitar una subordinada acción nosoplástica o moduladora. Así acaece en las enfermedades crónicas de cuyo cuadro sintomático es parte más o menos importante un «componente neurótico»; no pocas, si el clínico es verdaderamente sagaz (10). El enfermo sigue siendo agente-paciente, actor-autoespectador y autor-autohermeneuta de su enfermedad; pero, en lo tocante al último doblete, de modo menos acusado e influyente: el *érgon* o *poíêma* de la dolencia es menos obra suya. Esto, sin embargo, no excluye la necesidad de apelar a una inferencia de carácter técnico –repito: psicoanalítica o no– para poner en evidencia lo que de intención subconsciente haya en el vector nosogenético y, por consiguiente, el sentido vital que para el enfermo tenga su enfermedad.

Hay enfermedades, en fin, en que la más atenta exploración no permite sospechar la existencia de una intención subconsciente y un sentido *ante factum*. La dolencia es entonces para el enfermo puro azar, aunque haya sido codeterminada por el régimen de vida –profesión, alimentación, ejercicio corporal o sedencia habitual, etc.– que él había elegido. El sentido de ella, por tanto, no pasará de ser el que *post factum* –interpretación del accidente morboso como ocasión de prueba y mérito, como evento absurdo y desesperante o como reto a su inteligencia y su voluntad– establezca el personal modo de la respuesta del enfermo al hecho de haber enfermado; respuesta en cuya génesis apenas tendrá importancia el factor subconsciente. Con lo cual el sujeto viene a ser agente-paciente y actor-autoespectador de su enfermedad, porque su organismo y su psique la hacen y la padecen, y porque él la muestra a su mundo y como suya la siente y contempla; pero sólo será autor de ella en la medida en que esa respuesta suya influya sobre la configuración del cuadro clínico, y sólo autohermeneuta, en cuanto que de manera consciente se detenga a pensar en

(9) La intención subconsciente sólo se hará nosógena –recuérdese la inmarcersible doctrina galénica: la enfermedad es siempre del cuerpo– cuando haya producido en el organismo una lesión funcional o bioquímica –con el tiempo anatómica–, que actuará como causa inmediata de la dolencia, o cuando en alguna parte del cuerpo haya encontrado, si vale decirlo así, una previa «espina orgánica». Por eso he dicho que en la génesis de la dolencia, ahora entendida como respuesta, se funden la intención subconsciente y la reacción biológica.

(10) Naturalmente, ese «componente neurótico» de carácter más modulador que desencadenante también puede darse en las enfermedades agudas; pero su importancia diagnóstica y terapéutica es en ellas menor que en las crónicas.

la significación que para él tiene o pueda tener el azar de estar sufriendo la enfermedad que sufre.

Cualquiera que entre los tres señalados sea el caso, el sentido que la enfermedad *tiene* para el enfermo será confirmado o rectificado por el que, ya con pleno conocimiento de la enfermedad y del enfermo, para el médico *debe tener*, si quiere que su tratamiento sea de veras eficaz; confirmación o rectificación que se impondrá con especial urgencia en las afecciones resuelta o preponderantemente neuróticas. Pues bien: confirmado o rectificado por el médico, ¿en qué consiste ese sentido a cuyo conocimiento se halla ordenada la inferencia interpretativa? Nada más evidente: tal sentido es aquello en cuya virtud puede quedar científicamente referido a la individual realidad de la persona enferma, y en tanto que persona, todo lo que objetiva y coejecutivamente haya descubierto el médico en ella. Todo: biología y biografía, intimidad y cuerpo, fisiopatología y psicopatología, constitución individual, ambiente crónico y ambiente social. Sólo detectándolo y valorándolo podrá ser verdaderamente integral el diagnóstico.

4.° Hemos de examinar, en fin, la *técnica idónea para conocer médicamente el sentido de la enfermedad*; o, más concretamente, el *modus operandi* de la inferencia interpretativa. Esquemáticamente, dos fórmulas conclusivas y dos situaciones clínicas pueden ser a este respecto discernidas.

La primera de esas fórmulas concierne a las enfermedades en las cuales sólo un sentido *post factum* es posible descubrir. Dice así: «Por ser su personalidad la que de hecho es, y como consecuencia de haber sufrido azarosamente en *tal* situación de su vida la agresión de un vector nosogenético en el cual se combinaron *tal* momento orgánico, *tal* momento ambiental y social y *tal* género de vida, este hombre padece un proceso morboso en cuya configuración patogenética, sintomática y patocrónica, designable con el nombre de *tal* especie morbosa, operan conjunta y unitariamente la acción psicoorgánica de ese vector (mecanismos biofísicos, bioquímicos, inmunológicos, morfogenéticos, psíquicos y sociales de la patogenia), la paulatina respuesta personal al hecho de sufrir dicha afección (respuesta a la vez consciente e inconsciente) y las vicisitudes sobrevenidas en su biografía desde que comenzó a sentirse enfermo». Refiérese la segunda fórmula a las dolencias en las que ha sido posible poner de manifiesto un sentido *ante factum*, y su texto podría ser éste: «Por ser su personalidad la que de hecho es, por hallarse biográficamente en *tal* situación vital, por la concurrencia consciente-inconsciente del sistema de sus fines e intereses y de la ocasional agresión de *tal* agente orgánico y externo, este enfermo padece y hace un proceso morboso más o menos remotamente iniciado, en cuya configuración patogenética, sintomática y patocrónica, designable con el nombre de *tal* especie morbosa, operan conjunta y unitariamente motivos dependientes de ese personal sistema de fines e intereses, de la conjunta y unitaria acción psicoorgánica de un vector nosogenético máximamente complejo (mecanismos biofísicos, inmunológicos, morfogenéticos, psíquicos y sociales de la patogenia), de la situación vital inmediatamente anterior al comienzo de la afección y de los incidentes sobrevenidos en su biografía desde que empezó a

sentirse enfermo (adaptación mejor o peor a la nueva situación, crisis vitales, etc.)». Más conscientemente en aquél, más inconscientemente en éste, en los dos casos va realizándose hacia su futuro una vida personal mediante acciones condicionadas por lo que la alteración del cuerpo le impone (la amarillez del ictérico, la hipertonía muscular del síndrome piramidal), le impide (el no poder andar del parapléjico) y le permite (el poder comer del febricitante), o en una u otra forma moduladas por ella (la vida del cardiópata con una lesión mal compensada).

Ambas posibilidades pueden ofrecerse al médico en dos situaciones clínicas: que durante la exploración se le haya impuesto como obvia una determinada especie morbosa (una dermatopatía, un síndrome parkinsoniano, una enfermedad de Basedow), o que la exploración no le permita establecer de manera inmediata un diagnóstico específico, y en consecuencia le obligue a realizar la inferencia inductivo-deductiva de que antes se habló.

Punto de partida de la primera de esas dos situaciones es la posesión de uno de los diagnósticos llamados «intuitivos»; expresión básicamente errónea, porque el acto diagnóstico no es en tal caso una «intuición» ajena al razonamiento, sino un «reconocimiento» *in individuo* de algo que *in genere* o *in specie* ya se sabía, como sucede en la inmediata identificación de cualquier gato cuando quien lo percibe ya sabía lo que un gato es; y la actual psicología ha enseñado que el reconocimiento de una cosa es el resultado de un rapidísimo, casi instantáneo proceso de rememoración. Punto de partida de la segunda es un no poder pasar adelante sin resolver, mediante la inferencia tradicional, el problema del diagnóstico específico. ¿Qué hará el clínico, si de veras aspira al logro de un diagnóstico integral, y éste es necesario para la perfección del tratamiento? En la primera situación, poner en práctica las actividades exploratorias que a continuación indicaré. En la segunda, concluir la operación inductiva-deductiva que exige la inferencia tradicional, con lo cual se encontrará en la situación precedente, o –como entre psicoanalistas y psicosomatólogos es habitual– simultanear la exploración encaminada hacia la identificación de la especie morbosa, contando, eso sí, con la existencia de enfermos, los pacientes-problema, en los cuales tal determinación será difícil o imposible, y la exploración encaminada hacia la detección del sentido de la enfermedad. Veamos, pues, en qué consiste ésta.

A mi modo de ver, la inferencia del sentido de la enfermedad, entendida ésta como enfermar individual y no como especie morbosa, posee una estructura en la que pueden ser discernidos los dos siguientes puntos:

a) Detección anamnéstica y médico-social del sentido que la enfermedad tiene para el enfermo; sentido *post factum* en todos los casos, sentido *ante factum* cuando fundadamente se sospeche que tal sentido existe. En tanto que *animal hermeneuticum* –modo particular de ser *animal rationale*–, el enfermo interpreta el sentimiento de su enfermedad y trueca la sensación y la percepción de sí mismo en construcción interpretativa o en símbolo, a través de un proceso a la vez consciente e inconsciente en cuya dinámica coopera toda una pléya-

de de instancias determinantes y configuradoras: la realidad psicoorgánica que trate de expresar (el dolor y la ansiedad no serán interpretados de igual modo); el grado de claridad de la conciencia (conciencia lúcida del estado vigil, conciencia turbia de la fatiga o la obnubilación precomatosa); la constitución psicoorgánica del sujeto (edad, sexo, raza, biotipo, modulación individual de éste, desórdenes constitucionales de la personalidad); el grupo social a que el sujeto pertenezca (clase, profesión, área cultural, tipo intradirigido o extradirigido); la instalación vital en el tiempo biográfico (presencia del pasado: hábitos adquiridos, recuerdos consciente o inconscientemente conservados; adscripción al presente: ávida entrega a él o huida de él, nostálgica en unos casos y futurista en otros; disposición frente al futuro: deseos, proyectos, esperanzas o desesperanzas, temores), contenidos habituales de la intimidad (conciencia moral, creencias realmente vivas, vocación personal, amores y odios personales, idea de sí mismo, hábitos de la imaginación). Término de tal proceso autointerpretativo podrá ser una «construcción» más o menos coherente y más o menos susceptible de relato (el caso de los neuróticos que a su modo cuentan la génesis y el curso de su dolencia) o un «símbolo», el sentido indirecto y figurado de una percepción, sobreañadido al directo y primario propio de ella (cualquiera de los que la psicología profunda –por ejemplo, el bastón, símbolo del miembro viril– y la comprensión psicológico-cultural de los mitos –por ejemplo, la significación simbólica del fuego o de un animal totémico– tan copiosamente ha descrito).

b) Reinterpretación del médico. Viendo y oyendo al enfermo, el médico coejecuta sin deliberación especial los actos perceptivo-interpretativos subyacentes a lo que ve en el enfermo y oye de él; y poniendo en relación el contenido de esa actividad con todo lo que la exploración del paciente le haya revelado, juzgará acerca de la sinceridad de éste en cuanto acerca de sí mismo le ha dicho, construirá su propia interpretación, la correspondiente a lo que el enfermo «realmente es», más allá de lo que al enfermo «vivencialmente le parece ser» –con palabras de von Weizsäcker: inferirá conjeturalmente la «verdad» de la existencia hígida del enfermo, allende la «no verdad» de su existencia morbosa–, y desde ella ideará la pauta de su tratamiento. Apenas parece necesario decir que la interpretación del médico será de ordinario rectificación de la interpretación del enfermo; rectificación (*rectum facere*) en el sentido etimológico de la palabra.

Especialmente valioso será para él, en esta definitiva etapa de su inferencia, el planteamiento de cuatro interrogaciones de contenido patogenético: una relativa a la localización de la afección morbosa («¿Por qué precisamente aquí?»), otra a su ocasión biográfica («¿Por qué precisamente ahora?»), otra a su expresión sintomática («¿Por qué precisamente así?»), y otra a su posible intención subconsciente («¿Hay en la total apariencia de esta afección morbosa algo a lo cual pueda ser atribuido un para qué?»).

Los límites de la explicación y las posibilidades de la comprensión aparecerán con evidencia mayor o menor al tratar de dar respuesta a estas cuatro interrogaciones.

5.º El acto mental del médico en cuya virtud queda establecida su personal comprensión del sentido que realmente posee la enfermedad puede ser llamado *salto hermenéutico*. En él es posible describir las siguientes características:

a) Es un acto de *imaginación creadora*, y por tanto transinductivo. No es la visión intuitiva de una realidad hasta entonces invisible; y con la singularidad que le confiere su meta propia, el conocimiento estructural del *unicum* que es una persona, de algún modo resulta equiparable a la «empatía en los objetos de experiencia» de que respecto de las creaciones de la física teórica habla Einstein, y a la «idea *a priori*» de que en relación con el conocimiento biológico y experimental habló Cl. Bernard.

b) Es un acto *conjetural*, porque sólo conjetural puede ser nuestra idea acerca de la realidad de una persona; la más plausible conjetura acerca de lo que esa persona puede ser, a juzgar por lo que en ella vemos.

c) En consecuencia, es un acto *creencial*. Mientras no se vea obligado a sustituirla por otra, el médico cree –razonablemente, eso sí– en la verdad de su interpretación; como, a la vista de la sonrisa con que se le acerca un amigo, el amigo cree que hay real y verdadera complacencia en la intimidad de aquél.

d) En ese acto cobran cuasi-instantánea realidad las varias «formas superiores de la comprensión del otro» que Dilthey describió: la «transposición en el otro», la «copia vivencial» o «revivencia», y la «reproducción» o «recreación».

e) Con ese acto, y conforme a la básica distinción establecida por Zubiri, la «cosa-realidad» que es o se pretende que sea la enfermedad cuando se la ve como concreción individual de una especie morbosa (la cosa, cuando sólo se ve en ella el conjunto de las notas que la constituyen), pasa a ser verdadera «cosa-sentido» (la cosa, cuando se la ve como posibilidad de vida; en este caso, la posibilidad de curar eficazmente, para el médico, y la posibilidad de alcanzar la salud, para el enfermo).

f) La realización del salto hermenéutico y el contenido de éste varían, por supuesto, con la doctrina interpretativa –freudiana, adleriana, yunguiana, ecléctica, innovadora– que el médico profese. Esto, sin embargo, no excluye la posibilidad de que en todas ellas exista una común estructura básica.

g) Haciendo del salto hermenéutico la cima de la inferencia diagnóstica, la individualidad del caso clínico no aparece como resultado de combinarse unitariamente entre sí varias instancias típicas, edad, sexo, biotipo, etc., sino como punto de partida para un cabal conocimiento médico del enfermo. Fiel al hecho radical de que en toda cosa real, y todavía más cuando no se trata de una cosa inanimada, sino de una persona, la individualidad es radical y primaria, no la obra de un artificioso *principium individuationis*, el médico concibe su diagnóstico desde lo que en la persona es primario, su radical e intransferible impulso a vivir hacia el futuro y a seguir siendo ella misma, y lo expresa entendiendo científicamente, todo lo científicamente que le sea posible, cómo el estado del cuerpo del paciente condiciona –impidiendo, imponiendo, permitiendo, modulando– la realización de su vida personal. Tal es la función que desempeñan la

especie morbosa, la causa inmediata de la enfermedad y la fisiopatología en la estructura del diagnóstico integral.

h) Consiguientemente, la expresión verbal del diagnóstico no es un «rótulo» (el nombre de una especie morbosa, con tales o cuales datos relativos a la individualidad biológica del paciente), sino un «relato» (la narración médica de una conducta), dentro del cual van adecuadamente mencionados la especie morbosa de que se trate, cuando ésta haya sido realmente diagnosticada, y todo lo que *a radice* individualiza y personaliza el proceso morboso en cuestión.

II. FORMAS DEFICIENTES DEL DIAGNOSTICO

Llamé ideal y canónico al modo del diagnóstico que en las páginas precedentes he descrito como «integral». ¿Quiere esto decir, sin embargo, que lo ideal sería diagnosticar siempre así? En modo alguno. Porque en muchos casos no debe ser así y porque con notoria frecuencia no puede ser así, junto a la «forma integral» de la actividad diagnóstica del médico están sus «formas deficientes», y aquélla debe quedar limitada en la práctica a los casos en que, disponiendo el médico de tiempo y saber suficientes, puede ser razonablemente sospechada una importancia especial de los motivos biográficos y sociales en la estructura del vector nosogenético. El saber propio de la medicina no es un puro saber, como el del físico teórico, sino un saber esencialmente operativo, y la operación a él inherente es el tratamiento de la enfermedad y del enfermo, con sus posibilidades, sus limitaciones y sus riesgos; por lo cual habrá ocasiones en que la urgencia de la intervención terapéutica obligue a tratar al paciente sin grandes precisiones diagnósticas, y otras en que la posesión de remedios rápida y seguramente eficaces imponga el deber de emplearlos sin demora.

Tres son, como dije, las principales formas deficientes del diagnóstico, la consecutiva a una deficiencia pragmática, la impuesta por una deficiencia forzosa y la derivada de una deficiencia doctrinaria. Veámoslas.

1. Deficiencia pragmática

Llamamos «pragmática» a la conducta sólidamente atenida a lo que ocasional y funcionalmente exige el manejo eficaz de las cosas y los asuntos (*prágmata*, en griego). Pues bien: existen modos de enfermar –hoy, muchos– en los que el imperativo de la eficacia, en definitiva el bien del enfermo, exige del médico la renuncia al diagnóstico integral, e incluso al metódico atenimiento a la inferencia tradicional. He aquí un enfermo presa de dolor agudo en la fosa ilíaca derecha que se agudiza a la presión en el punto de Mac Burney, a cuyo cuadro clínico pertenecen asimismo los vómitos, la fiebre y la leucocitosis. Sin más averiguaciones, el diagnóstico de apendicitis aguda se impone. El paciente es rápidamente operado y a los pocos días, casi enteramente desconocido, en

tanto que persona, por el médico que le atendió, vuelve a su vida normal. He aquí otro con un violento acceso febril iniciado por un gran escalofrío, en el que una tinción de sangre en gota gruesa confirma inequívocamente la inmediata sospecha diagnóstica: se trata de un caso de paludismo. Sin necesidad de otros datos, una correcta medicación antipalúdica permitirá obtener la deseable *restitutio ad integrum*. Nada más fácil que añadir a éstos tantos y tantos ejemplos más y nada más obvio que deducir de ellos la siguiente regla: ante una enfermedad en la cual sea fácil el diagnóstico de la especie morbosa y contra la cual exista un tratamiento eficaz, el deber del médico en tanto que médico será prescindir del diagnóstico integral y limitarse al diagnóstico tradicional.

No por capricho he empleado la expresión «del médico en tanto que médico». He querido decir con ello que, siendo *médicamente* suficiente un diagnóstico tradicional, nunca lo será *científicamente*. La perfección del conocimiento científico puro exige penetrar todo cuanto sea posible en la realidad que se intenta conocer, un cubo de sal común, una galaxia o la biosíntesis de las proteínas. Por supuesto, también el diagnóstico médico debe ser penetrante; incluso *etimológicamente*, así lo impone la significación del prefijo *diá* como «a través de»; pero la penetración cognoscitiva debe detenerse cuando el clínico ya sabe todo lo que en la realidad del enfermo debe saber para la instauración de un tratamiento máximamente eficaz. Con lo cual, su saber acerca del enfermo será suficiente en tanto que saber médico e insuficiente en tanto que saber científico.

¿Significa esto que, incluso en los casos antes considerados, deba el clínico contentarse con las posibilidades –enormes hoy, sin duda– que la concepción científico-natural de la medicina le brinda? De ningún modo. Basta pensar en la existencia del efecto placebo en la administración de cualquier remedio para advertir que la intelección diagnóstica nunca será completa si, mediante ella, no sabe el médico dar razón de lo que en aquel caso puede hacer y no puede hacer el efecto placebo del fármaco empleado. Por eso afirmé antes que la inferencia tradicional es en sí misma insuficiente, aun cuando pragmáticamente en tantos casos permita alcanzar muy suficiente eficacia terapéutica.

2. Deficiencia forzosa

Por varias razones puede verse el médico, aun cuando su formación antropológica sea la deseable, en la forzosidad de renunciar a la consecución de un diagnóstico integral, e incluso de un diagnóstico tradicional realmente satisfactorio. Tres parecen ser las principales:

a. *Falta de tiempo*

¿Pueden ser para él satisfactorios los diagnósticos que el mejor formado y mejor dispuesto de los médicos pueda establecer en un ambulatorio del Seguro

Obligatorio de Enfermedad, cuando en un par de horas tiene que atender a varias docenas de enfermos? Diagnóstica y terapéuticamente, ese médico hará lo que pueda. En cualquier caso, siempre le ayudará a salir airoso del trance su voluntad de ver en el paciente, a todos los efectos, un hombre que sufre y una persona enferma.

b. *Falta de recursos*

La práctica rural y la práctica urbana no hospitalaria obligan muchas veces al médico a tratar a sus enfermos sin haber alcanzado un diagnóstico científicamente satisfactorio; sólo atenidos, en consecuencia, al conocimiento clínico que R. N. Braun ha llamado «enjuiciamiento de la situación» (*Situationsbeurteilung*). Es cierto que mediante las reglas de la «praxis médica general» (*ärtzliche Allgemeinpraxis*) que el propio Braun ha formulado (11), es posible en muchos casos obtener un diagnóstico pragmáticamente suficiente; pero también es obvio que, procediendo así, el conocimiento médico del enfermo distará siempre de ser el correspondiente al diagnóstico integral.

c. *Indole de la relación médica*

No me refiero sólo a la que necesariamente impone la asistencia a un comatoso o a un enfermo menesteroso de tratamiento urgente; aludo también a la situación en que puede verse el médico cuando el paciente, por la razón que sea, se resiste o se niega a cualquier penetración diagnóstica en su intimidad. Especial mención merecen los sujetos pertenecientes al tipo «intradirigido» de Riesman, cuya actitud ante el médico puede ser formulada así: «Le traigo mi cuerpo para que lo examine y me lo haga otra vez plenamente útil; pero de mí mismo (esto es: de mi psique y de mi persona), no debe usted ocuparse». Ahora bien: el desvalimiento no sólo somático, también psíquico y personal que la enfermedad siempre trae consigo, ¿no será en tantos y tantos casos, pese al paciente mismo, un dato que el clínico habrá de tener en cuenta, y por consiguiente algo que obligue –todo lo limitadamente que quiera– a la práctica de una inferencia diagnóstica interpretativa?

3. Deficiencia doctrinaria

Todo conocimiento humano es insuficiente, y no sólo porque la inteligencia del hombre es en sí misma limitada y porque toda situación histórica impide saber lo que en situaciones ulteriores llegará a saberse –un médico de 1880, ¿podía saber acerca de una lesión pulmonar lo que mediante sus tomografías sabe el médico de hoy?–; lo es también porque el examen de la realidad desde un determinado punto de vista no deja ver, mientras el observador a él se atie-

(11) De nuevo remito a mi libro *El diagnóstico médico*.

ne, lo que desde otro punto de vista sería visible. «Principio de la puerta giratoria» ha llamado von Weizsäcker a esta forzosa limitación de nuestra mente. En suma: ante la realidad, y en virtud de una ineludible exigencia de lo que psicológicamente son el conocimiento y la atención del hombre, éste sólo ve una parte mayor o menor de ella; por lo menos, mientras no se decida a adoptar complementariamente los diversos puntos de vista, acaso muy legítimos, que al elegir el suyo dejó de lado.

Padece así el observador lo que he propuesto denominar «escotoma noético», una disminución más o menos grande y más o menos importante del campo de su visión cognoscitiva, respecto de la visión integral, aunque siempre insuficiente, que en su situación histórica permitiría la sucesiva adopción de todos los puntos de vista entonces posibles. Pero, esto sentado, es preciso reconocer la existencia de tres órdenes de escotomas noéticos: los inadvertidos, aquellos que involuntariamente padece el observador cuando ignora la existencia de puntos de vista distintos del suyo; los tácticos, los producidos cuando el observador, aun sabiendo que existen otros puntos de vista, quiere atenerse solamente al suyo, porque sabe que ve más quien sólo en uno concentra su atención; y en tercer lugar los viciosos, los derivados de la adopción doctrinariamente exclusiva de un determinado punto de vista y de la consiguiente caída en el reduccionismo de pensar según la viciosa regla del «no es más que»: «Esto no es más que lo que mi punto de vista permite ver y conocer».

Vicioso es, a mi juicio, el escotoma noético de quienes sólo desde el punto de vista de la ciencia natural, y más o menos seducidos por las enormes, fabulosas conquistas que mediante ella se han logrado y se logran, sólo desde él tratan de entender y practicar la medicina. A veces, con un doctrinarismo cerrado; así el de Leube cuando decía a sus discípulos que «el tiempo empleado en hacer un buen interrogatorio es tiempo perdido para hacer un buen diagnóstico». Para Leube, sólo el atenimiento del médico a los datos objetivos de su exploración –los derivados de una concepción puramente científico-natural de ésta– le permitiría lograr diagnósticos científicamente correctos. Más frecuentemente, con un doctrinarismo concesivo: el de Cl. Bernard cuando escribía que «el médico se ve con frecuencia obligado a tener en cuenta en sus tratamientos eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico, y por consiguiente multitud de consideraciones de familia o de posición social que nada tienen que ver con la ciencia». Lo que «tiene que ver con la ciencia» –con las ciencias de la naturaleza–, eso es lo que da rigor científico al diagnóstico; para quienes en verdad quieren que la medicina sea científica, el resto sólo debe ser una añadidura práctica que concesiva y despectivamente es preciso soportar. Pero al médico verdaderamente deseoso de saber y entender, al buen médico, ¿puede bastarle una fórmula que le condena a desconocer las ciencias del hombre y, en consecuencia, a no saber ni entender lo que cotidianamente hace? Bien sé que hoy existen teóricos de la medicina para los cuales la explicación puede dar perfecta cuenta de todo lo que la comprensión pretende conocer. Cuanto hasta ahora he dicho permite afirmar, sin embargo, que esa pretensión es por completo inadmisible. Pobre teoría de la medicina y pobre prác-

tica de la convivencia humana, si en ellas, sépalo o no quien la practica, la comprensión no tuviese parte esencial. Mi fórmula es: «La renuncia al diagnóstico integral, tantas veces pragmáticamente justificada, debe ser siempre la consecuencia de una decisión razonable, nunca del desconocimiento o de la incuria».

III. EPISTEMOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

Tres cuestiones principales se articulan en la epistemología de cualquier conocimiento científico: qué zona de la realidad es en él conocida; cómo mediante él se la conoce; qué es, en su caso, conocer científicamente la realidad. Puesto que, aun no siendo ciencia, en la ciencia tiene que apoyarse el saber diagnóstico para que sus resultados sean verdaderamente válidos, no será impertinente terminar este capítulo exponiendo de modo sumario los puntos fundamentales de su epistemología. Estos veo yo:

1.º El saber diagnóstico, momento cognoscitivo de la relación médica, debe conocer la realidad de un enfermo en tanto que persona enferma; aun cuando quien lo persigue se vea técnica y éticamente obligado en determinados casos a no pasar de un conocimiento del enfermo en tanto que organismo enfermo.

2.º De acuerdo con su etimología, el diagnóstico debe ser en todo caso el resultado de un conocimiento distintivo (*diá* como «entre»: recta distinción del modo de enfermar que se diagnostica entre todos los a él semejantes) y de un conocimiento penetrante (*diá* como «a través de»: penetración cognoscitiva en el seno de la realidad que se diagnostica). En todo caso, tal penetración debe detenerse cuando lo que mediante ella se conoce basta para instaurar un tratamiento eficaz.

3.º El conocimiento diagnóstico no es científicamente puro, porque intencional y realmente lleva consigo la operación terapéutica sobre la realidad a que se refiere: intencionalmente, porque sólo para intentar curar debe diagnosticar el médico; realmente, porque toda intervención diagnóstica modifica para bien o para mal la realidad del enfermo. Diagnosticar es *a la vez* conocer y actuar.

4.º El conocer y el actuar del diagnóstico deben tener como punto de partida y como punto de término la individual persona del enfermo. Como punto de partida, porque la expresión verbal del diagnóstico debe ser el relato según arte de una vida personal que se realiza hacia el futuro a través de la enfermedad. Como punto de término, porque el saber que en él se expresa sólo adquiere su sentido propio en el tratamiento de la persona del enfermo. El conocimiento de la especie morbosa a que el caso pertenezca sólo debe ser un útil eslabón intermedio entre tal punto de partida y tal punto de término.

5.º El conocimiento de las realidades exteriores al sujeto que conoce puede ser distante e instante; distante cuando, como sucede en la mera observación, lo conocido queda como puro objeto delante del observador; instante, cuando,

para conocer, el observador modifica metódicamente la realidad conocida, la insta a mostrársele de un modo nuevo. Ahora bien, tal instancia puede revestir tres formas distintas: frente al mundo cósmico, la medición, en tanto que modificadora de la realidad medida (efecto Compton, Heisenberg, Bohr); frente a los procesos biológicos, la metódica consideración de ellos como reacciones regidas por la pauta dinámica del «círculo figural» (*Gestaltkreis*) de von Weizsäcker; frente a la realidad humana, la metódica concepción de su actividad reactiva no como mera «reacción», sino como genuina «respuesta», y la también metódica consideración de su constante posibilidad de mostrarse como «espontaneidad» verdadera (actos de libertad creadora).

6.º En tanto que consecutivo a una sucesión de estímulos y preguntas, que esto es en esencia la exploración clínica, el saber diagnóstico tiene como materia inmediata una serie de respuestas, cuyo carácter personal y no meramente reactivo va creciendo desde el signo físico hasta la respuesta anamnéstica interpretativa, pasando por la prueba funcional y la respuesta anamnéstica testifical.

7.º *En el caso del saber diagnóstico, la modificación de la realidad conocida* por el sujeto cognoscente (conocimiento de un sujeto por otro sujeto) tiene, pues, cuatro características esenciales: es técnica (porque debe ser obtenida sabiendo racionalmente qué se hace y por qué se hace aquello que se hace), cooperativa (porque la exploración requiere actuar sobre una realidad que también actúa), responsiva (porque provoca una respuesta y no una reacción) y pesquisitiva (porque debe penetrar con ánimo de pesquisa en la realidad del enfermo).

8.º En la obtención de un diagnóstico integral, conocer científicamente es explicar lo explicable, comprender lo comprensible y referir finalmente todo lo así conocido, mediante un acto de imaginación creadora, el salto hermenéutico, al verdadero sentido que la enfermedad posee en la vida personal de quien la hace y padece.

9.º Si todo conocimiento científico presupone cierto amor a la realidad conocida –en el amor al cosmos, un amor en el que él se sentía hermanado con Demócrito, Francisco de Asís y Spinoza, vio Einstein la raíz de su «religiosidad» como investigador–, el conocimiento propio del diagnóstico médico integral no sería posible sin la vinculación entre el médico y el enfermo que antes llamé amistad médica. De un modo «científicamente frío» puede diagnosticarse, sí, una especie morbosa, mas no la dolencia de una persona enferma.

CAPITULO 4

El momento operativo del acto médico

A comienzos de siglo, el gran internista berlinés Ernst von Leyden solía decir a sus discípulos: «El primer acto del tratamiento es el acto de dar la mano al enfermo»; expresión que en alemán tiene una significación redoblada, porque la palabra *Behandlung*, «tratamiento», procede del sustantivo *Hand*, «mano» (1). Tres decenios más tarde, Ludolf von Krehl, otro de los grandes de la reciente medicina alemana, escribía: «Era mi plan originario exponer el tratamiento de las enfermedades internas según los principios de la fisiología patológica. Soñé lo mismo que cien años antes había soñado el gran Magendie... Pero hube de descubrir con dolor que tal exposición no es posible... Contra lo que he deseado y esperado durante la mitad de mi vida, no es la terapéutica una consecuencia, sino un complemento de la fisiopatología».

Poniendo en conexión uno y otro texto, no parece ilícito decir que el fracaso de la ilusión de von Krehl tenía una de sus causas en la pequeña verdad de esa aguda advertencia de von Leyden. La fisiopatología clásica, ¿puede acaso dar razón del mínimo alivio de un enfermo cuando le saluda el médico en quien confía? Pero tal mínima verdad se halla envuelta y determinada por una verdad mucho más amplia, y en ésta tenía ese fracaso su causa fundamental.

El planteamiento inicial del propósito de von Krehl podría ser formulado así: «La medicina ha llegado a ser ciencia natural aplicada. Para el clínico, en consecuencia, existe la posibilidad de instaurar tratamientos tan adecuados y tan eficaces como las reparaciones que en un motor averiado realiza un ingeniero experto. La visión anatomoclínica de la enfermedad conduce a la eliminación farmacológica, quirúrgica o fisioterápica de la causa inmediata del proceso morboso; la visión fisiopatológica de éste, al empleo de remedios capaces de actuar en forma calculable sobre los desórdenes de las diversas funciones

(1) No olvidemos, por lo que a nuestro idioma atañe, que el verbo latino *tractare*, del cual procede la palabra tratamiento, significa «tocar, palpar, manosear y manejar».

orgánicas; la visión etiopatológica de la afección morbosa, a la eliminación o la destrucción de su causa externa, microbio o veneno». El saber terapéutico permitiría al fin dar actualidad y eficacia científicas a dos viejos anhelos del médico, los subyacentes a las expresiones *sublata causa tollitur effectus* y *restitutio ad integrum*.

Aun cuando la certidumbre acerca de las operaciones terapéuticas siga siendo y tenga que ser sólo estadística, y aunque, en consecuencia, el grado real de tal eficacia nunca pueda ser exactamente previsible, no es posible negar que en no pocos casos el médico, bien como farmacoterapeuta, bien como cirujano, logra actuar sobre el organismo de sus pacientes casi con la seguridad de un ingeniero sobre el mecanismo de sus motores. Pero esto no es óbice para que en la mente de todo médico reflexivo surjan y perduren las tres interrogaciones siguientes:

1.ª ¿Por qué es y tiene que ser sólo estadística la certidumbre del médico acerca de la acción sanadora de sus recursos terapéuticos?

2.ª ¿Por qué el grado de la acción de un remedio no puede ser previsto con esa entera exactitud del astrónomo cuando predice la aparición de un eclipse?

3.ª ¿Por qué pudo escribir Ludolf von Krehl, aunque la precisión última de sus palabras sea discutible, que la terapéutica no es una consecuencia, sino un complemento de la fisiopatología?

Con ánimo de orientar e iniciar la adecuada respuesta a esas tres interrogaciones expondré las líneas fundamentales de una concepción antropológica del tratamiento médico, tal como yo la entiendo.

I. SITUACION, CONSTELACION Y VECTOR TERAPEUTICOS

La *situación terapéutica* se inicia tan pronto como el enfermo entra en contacto con el médico; recuérdese la frase de von Leyden antes mencionada. Como toda situación humana, la que ahora denomino terapéutica se halla compuesta por multitud de factores; en principio, por todos los que se integran en las acciones plenamente humanas del hombre. De ellos, varios son los que se muestran eficaces en el caso del enfermo tratado; juntos forman la *constelación terapéutica*. Y entre éstos, uno se destaca como principal agente de la acción curativa, y hace que los restantes no pasen de ser coadyuvantes o moduladores de su particular eficacia; es el *vector terapéutico*. Estudiemos con algún detalle la realidad que nombran estas tres expresiones.

1. Situación y constelación terapéuticas

La situación terapéutica se inicia, sí, tan pronto como el enfermo se encuentra con su médico; pero hasta que a aquél le ha sido aplicada la oportuna pres-

cripción no se constituye formalmente. Cuatro son entonces sus momentos principales:

a. *El médico*

Primer momento, *el médico mismo*, en tanto que técnico en cuya actuación confía o de cuya acción desconfía al enfermo, y en tanto que organizador principal del tratamiento.

1.º Como técnico más o menos favorecido por la confianza del paciente, el médico es, en expresión de A. Maeder, el primer «agente terapéutico». M. Bálint ha desarrollado y difundido ampliamente esta idea del «médico como medicamento». Más adelante examinaré el posible mecanismo de la acción curativa de la persona del terapeuta. Por el momento, me limitaré a consignar que en ella se aúnan dos factores, el prestigio profesional y la peculiaridad del carácter de su protagonista. Que el prestigio del médico engendra confianza en él, es cosa sobremanera evidente. Y en cuanto a la influencia de su carácter sobre su eficacia terapéutica, nada más ilustrativo que la siguiente anécdota. Preguntaba una vez Osler a sus discípulos: «¿Cómo se las arreglarían ustedes para que un canceroso engorde un par de kilos?» Y ante la muda perplejidad de sus oyentes, añadía: «Naturalmente, haciendo que le trate un médico optimista». Viceversa: con su desprestigio o con su tosquedad –ni siquiera en un Schönlein es aceptable la «divina rudeza» que se le atribuía–, el médico puede hacer menos eficaz su ulterior acción terapéutica.

Suele darse el nombre de «iatrogenia» a la acción nociva del tratamiento, cuando el responsable de ella es el médico. Pero el carácter neutro de la palabra –iatrogenia: lo engendrado por el médico– induce a distinguir una iatrogenia positiva, la potenciación de la eficacia del tratamiento, y una iatrogenia negativa, contraria a la anterior. Ambas posibilidades se dan en la influencia terapéutica de la persona del médico, desde el momento en que aparece ante el enfermo; y, por supuesto, en toda su ulterior conducta clínica.

2.º No sólo en cuanto persona sanadora influye el médico en la calidad del tratamiento; también, y ya como técnico en acción, en tanto que organizador de él.

Frente a la realidad psicoorgánica del enfermo, ¿cuál es la función propia del médico? Contemplada la historia de la medicina occidental a vista de pájaro, tres actitudes típicas cabe discernir en la respuesta, expresivas de la creciente importancia del terapeuta. Según la primera, la hipocrática y galénica, el médico es «servidor» de la naturaleza; ésta sería la que en realidad promueve y orienta la curación, cuando la curación es posible. Según la segunda, la moderna, el médico es «gobernador» de la naturaleza, rector –potenciándolos, inhibiéndolos o modulándolos– de los movimientos que la enfermedad ha suscitado o pueda suscitar en ella. Según la tercera, la actual, iniciada ya en el siglo XIX, el médico, además de gobernador de la naturaleza, se siente «escultor» suyo, cuasicreador de modos de ser a los que la naturaleza nunca por sí misma

podría llegar; con lo cual, acaso sin proponérselo, contribuye al actualísimo empeño intelectual de revisar el concepto de «naturaleza humana». No parece necesario indicar que los diversos modos de la instalación del médico en su práctica –*sapiens, cupiens, fungens, adiuvans*– de algún modo modulan la idea de lo que con ella hace.

Pues bien: al margen de sus saberes concretos, y por tanto con anterioridad a la expresión terapéutica de ellos, el hecho de que el médico se vea a sí mismo como servidor, gobernador o escultor de la naturaleza, o actúe como si así se viese, influye decisivamente sobre la configuración de sus tratamientos, y considerablemente sobre la definitiva eficacia de ellos.

b. *El marco del tratamiento*

Segundo momento de la situación terapéutica es *el marco del tratamiento*: sala hospitalaria, consultorio privado, ambulatorio social, etc. La personal actitud del enfermo ante cada uno de ellos y, en el caso del marco institucional, el prestigio público de éste, darán lugar en su ánimo a una inclinación hacia la confianza o hacia la desconfianza, con el consiguiente efecto previo sobre la eficacia de la cura. En los hospitales modernos, una de las misiones de los asistentes sociales consiste en suscitar en los enfermos una buena disposición frente a la ayuda técnica que van a recibir.

c. *La persona del enfermo*

Muestra todo lo dicho la considerable importancia de *la persona del enfermo* en la estructura de la situación terapéutica; en ella tiene ésta su tercer momento principal. El enfermo, en efecto, actúa decisivamente en el proceso terapéutico, y lo hace como organismo, como titular de actitudes anímicas e intereses personales y como participante en el tratamiento.

1.º Como mero organismo –por supuesto, en la medida en que un hombre puede actuar como «mero organismo»; recordemos que en la vida humana todo lo psíquico es orgánico, y psíquico todo lo orgánico–, el enfermo es la individual realidad somática sobre que ineludiblemente ha de operar el remedio: región operada en la intervención quirúrgica, órgano farmacodinámicamente afectado en la administración del medicamento, estructuras auditivas y visuales en la operación de la palabra psicoterápica. En la definitiva acción terapéutica de cada uno de estos agentes terapéuticos, y cooperando, desde luego, con su respectiva eficacia modificadora, ¿qué es lo que pone el organismo del enfermo?

La respuesta tradicional tiene un nombre prestigioso, procedente del hipocratismo latinizado: en el proceso de la curación, el organismo enfermo pone la *vis medicatrix naturae* que corresponde a su específica condición humana, esto es, a su naturaleza de hombre, y a su individual condición biológica, es decir, a su naturaleza de «tal» hombre. La naturaleza, que por sí misma tiende a lo me-

jor, y por consiguiente a su restauración anatómica y funcional, cuando patológicamente ha sido modificada, por sí misma procura la curación, si ésta es posible.

¿Cuál es la consistencia real de esa *vis*, de esa «fuerza»? Desde un punto de vista meramente descriptivo, dos principales respuestas se han dado desde que la idea de la *vis medicatrix* se modernizó. El vitalismo de los siglos XVIII y XIX la concibió como la consecuencia operativa de un hipotético «principio vital», superior a las fuerzas fisicoquímicas que descubre y estudia la experimentación en el laboratorio y rector de sus diversas operaciones. Al margen de todo vitalismo, la biología de nuestro siglo interpreta la natural tendencia del organismo lesionado a su curación como una operación, genéticamente programada, de la estructura energético-material del organismo mismo. La explicación científica no es ya ontológica o sustancial, sino estructural; en la *vis medicatrix* no se ve una «fuerza» cualitativamente distinta de las demás, que «desde arriba» las ordena y dirige, sino el resultado de la peculiar estructura que el código genético ha dado a la constitución morfológico-funcional del organismo reagente; estructura en la cual se cumpliría la sentencia metafísica de Spinoza antes glosada: que, desde dentro de sí misma, cada cosa se esfuerza por perseverar en su ser.

Cualquiera que sea el modo de entender filosóficamente esa activa y bien ordenada resistencia del organismo a la destrucción o al menoscabo de su estructura morfológico-funcional, dos importantes observaciones es preciso hacer, relativa una al término de su indudable actividad filáctica y sanadora, y tocante la otra a su propia realidad. Lejos de la optimista teleología de los antiguos, según la cual la naturaleza hace siempre lo mejor, hasta cuando decreta el curso inexorable de una enfermedad hacia la muerte del enfermo, el médico actual sabe muy bien que la naturaleza puede equivocarse, incluso cuando es la curación y no la muerte –el «comportamiento catastrófico» de que habla Kurt Goldstein– la meta hacia que se encamina. No resisto la tentación de transcribir un elocuente texto de H. Gintrac, distinguido clínico francés de mediados del pasado siglo: «Entregada a sí misma (la naturaleza, con su *vis medicatrix*), las más de las veces sólo produciría cicatrices deformes, callos defectuosos, adherencias viciosas, coartaciones perjudiciales, supuraciones interminables y funestas degeneraciones». ¡Y Gintrac se hallaba muy lejos de sospechar la existencia de enfermedades por autoagresión! Debe asimismo recordarse que la estructura de la realidad humana es a un tiempo orgánica y psíquica, psicoorgánica. Sería absurdo, por supuesto, tener en cuenta la psique al estudiar la biología molecular de un gen humano; pero sería no menos absurdo querer entender la actividad filáctica y sanadora de la estructura orgánica resultante del desarrollo de ese gen, sin considerar que tal estructura es también y siempre psíquica. Cualquiera que sea la idea que de la *vis medicatrix* se tenga, sin la consideración del psiquismo del individuo en que se manifiesta no podría ser rectamente entendida.

2.º Es el enfermo parte esencial de la situación terapéutica, en segundo lugar, en cuanto titular de actitudes anímicas y de intereses personales. Son el

médico y el marco del tratamiento, cierto, quienes suscitan confianza o desconfianza, pero es el enfermo quien en su realidad las vive. Charcot habló de *la foi qui guérit*; la fe, claro está, del propio enfermo. ¿Por qué la fe del paciente en la eficacia del remedio con que se le trata y en la capacidad del médico que lo prescribe posee cierta virtualidad terapéutica? ¿Qué hay en la estructura de esa doble confianza para que la mejoría se produzca?

En un tono larvadamente irónico, Cl. Bernard habló de «eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico»; frase en la cual es presumible la referencia irónica a una tradición médica e intelectual vigente en Francia desde Cabanis y otros. Sin ironía ninguna, multitud de fisiólogos, psicólogos y médicos de nuestro siglo, fieles, acaso sin quererlo, al radical dualismo de la antropología cartesiana, preferirán hablar de la acción orgánica o corporal de las emociones (Cannon, Marañón, Heyer, Wittkower, Flanders Dunbar, tantos más). Por mi parte, pienso que esa pléyade de hechos experimentales y clínicos no debe ser explicada como una consecuencia de la acción de la psique sobre el cuerpo, y por tanto como expresión de una presunta «psicogenia», sino como tránsito desde una determinada «situación psicoorgánica», la de la entera realidad del sujeto cuando penetra en ella el estímulo emocional, hacia otra ulterior, psicoorgánica también, en la cual se hacen patentes las notas somáticas en que la emoción se realiza y expresa; notas correspondientes a las estructuras signitivas y expresivas que puso en juego el estímulo en cuestión.

Tal es el caso en la mayor o menor eficacia terapéutica de la persona del médico. La confianza que el enfermo pone en él –la creyente y esperanzada entrega del paciente a la operación sanadora de quien le trata; el hombre cree y espera con su entera realidad, con su psique y con su cuerpo– se actualiza con la presencia del sanador y pone en juego las varias estructuras psicoorgánicas, psíquicas *sensu stricto*, neurofisiológicas, hormonales, etc., correspondientes al acto de creer con fe intensa y de esperar con honda confianza; estructuras cuya función es parte integral de la *vis medicatrix naturae*, y a la cual en alguna medida pone en actividad. «Verle a usted, doctor, y sentirme bueno, ha sido todo uno», dicen algunos enfermos; exagerando, tal vez, pero exagerando algo que en ellos es psíquica y orgánicamente real.

3.º Con la acción meliorativa de la confianza y la acción peyorativa de la desconfianza cooperan las varias actitudes del enfermo ante su enfermedad y su hoy tan frecuente participación en el tratamiento; recuérdese lo que al tratar de la reacción personal a la enfermedad se dijo en páginas anteriores. La voluntad de sanar ayuda a la curación; la apatía frente a ésta, y más aún el refugio en la enfermedad, la cohíben. Un solo ejemplo: el examen radiológico muestra que, entre los enfermos asegurados, las fracturas costales tardan tres semanas en consolidarse cuando el obrero no conoce la índole de su lesión, y ocho semanas cuando la conoce (Troescher). Por otra parte, el enfermo actual suele saber algo acerca del tratamiento de su enfermedad –«el que no es médico colabora con el médico», escribía Marañón, ya en 1925–, y practica la automedicación con desmedida frecuencia. ¿Cuántos medicamentos antipiréticos, analgésicos y antibióticos son hoy administrados antes de que el médico inter-

venga? A lo cual debe añadirse que, sobre todo cuando la asistencia corre a cargo de una entidad aseguradora, los enfermos, además de saber o creer saber sobre medicamentos, los exigen. Todo un conjunto de actitudes y prácticas, que en uno o en otro sentido modifican la estructura y el contenido de la situación terapéutica.

d. *El remedio*

Cuarto momento principal de ésta es, naturalmente, *el remedio*, cualquiera que sea su índole. Un conocido aforismo hipocrático, del que luego será ampliación la clasificación de los recursos terapéuticos propuesta por Celso –dieta, fármaco y cirugía–, enseña que lo que no cura el fármaco, lo cura el hierro, lo que no cura el hierro, lo cura el fuego, y lo que no cura el fuego no lo cura nada. Tras la decisiva influencia que sobre ella ha ejercido la obra de Freud, la medicina actual exige ampliar con otro agente terapéutico, la palabra, esa vieja ordenación de los remedios curativos. La palabra, la dieta, el fármaco y la intervención quirúrgica constituyen hoy el elenco de ellos, y acaso no fuera impertinente modificar el mencionado aforismo hipocrático diciendo: «Lo que no cura la palabra, lo cura la dieta; lo que la dieta y la palabra no curan, lo cura el fármaco; lo que no curan el fármaco, la dieta y la palabra, lo cura la intervención quirúrgica; y lo que ni la intervención quirúrgica ni el fármaco pueden hoy curar, deberá esperar lo que la investigación de mañana nos ofrezca».

Actuando el remedio prescrito sobre los restantes momentos de la situación terapéutica, ésta se hace *constelación terapéutica*, en la cual uno de aquéllos adquiere la condición de *vector terapéutico*. Estudiemos con mente antropológica lo que el vector terapéutico puede ser, y cómo actúa según sus distintas posibilidades.

2. El vector terapéutico

Como el nosogenético, el vector terapéutico puede ser preponderantemente orgánico o preponderantemente psíquico. Sea aquél fármaco o intervención quirúrgica, en él no para de ser coadyuvante el momento psíquico de la situación terapéutica. Sea verbal o situacional este otro, el fármaco es en él quien coadyuva a la acción curativa. Veamos cómo.

a. *El fármaco*

Actúa *el fármaco* modificando biofísica y bioquímicamente la estructura y la dinámica del órgano alterado por la enfermedad: la digital, sobre la estructura y la dinámica del corazón; el medicamento diurético sobre la estructura y la dinámica de la nefrona, etc. Nada más obvio y más cierto. Pero ¿sólo así actúa el fármaco?

Las célebres investigaciones de Cl. Bernard acerca de la acción del curare, el no menos célebre principio corpora non agunt nisi fixata, de Ehrlich, y su resonante aplicación a la inmunología, los brillantes resultados científicos de la farmacología experimental, desde Magendie, Buchheim, Binz y Schmiedeberg, y, por supuesto, la fuerza arrolladora de la mentalidad científico-natural, condujeron a pensar con total y absoluta firmeza que toda la farmacodinamia y todo en la farmacodinamia –indicación clínica, absorción y transporte del medicamento, acción farmacológica, oscilaciones en la intensidad del efecto terapéutico, relación de éste con los ritmos biológicos del organismo, etc.– podrían explicarse sin fisuras según el principio antes enunciado. No hay un texto escolar de farmacología que no exprese esta convicción; y ningún argumento más eficaz para robustecerla que la tan sugestiva y tan bien fundada doctrina de la correlación entre la estructura molecular del principio activo del medicamento y la índole de su acción sobre el organismo. Como sutilísimas y bien orientadas manos, las moléculas del principio activo llegarían a la parte sanable y modificarían su dañada estructura biofísica, bioquímica, celular y humoral. No parece ilícito entender como «terapéutica manual» –si quiere darse a la palabra «mano» ese claro sentido metafórico– la que así se llevaría a cabo.

Dos hechos, uno de carácter organicobiológico, otro de índole psicobiológica, rompieron tan simple y sugestivo esquema. Aquél, la posibilidad de que no pocos medicamentos actúen promoviendo en el organismo la formación de las sustancias real y definitivamente eficaces; excitado por el fármaco, es el organismo el que a sí mismo «se» medica y cura. Expuesta por T. Hernando, tal posibilidad ha sido brillantemente confirmada por el descubrimiento de las endorfinas como sustancias intermedias en la acción antidolorosa de los opiáceos. El hecho de índole psicobiológica, el «efecto placebo» de los medicamentos, merece párrafo aparte.

Procedente de un texto litúrgico latino, el salmo *Placebo Domino in regione vivorum* (114, 9, Vulg.), la palabra «placebo» viene siendo usada con sentido médico desde fines del siglo XVIII. Un siglo después, y para estudiar las propiedades hipnóticas del sulfonal, Bernheim administró a dos enfermas afectas de insomnio, bajo la etiqueta de dicho fármaco, simple agua mentolada, y las dos lograron dormir normalmente. Pero habrá que esperar hasta 1937 para que se emprenda un bien reglado ensayo terapéutico con administración simultánea de placebos (H. Gold: empleo de xantinas en el tratamiento de la insuficiencia coronaria), y hasta 1946 para que O. H. P. Pepper dé vigencia universal al tema. Desde entonces, la bibliografía sobre él es abundante. Nadie, sin embargo, parece haber reparado que el primer descriptor del efecto placebo de los fármacos fue Platón, cuando en un famoso pasaje del *Cármides* advierte, a través de Sócrates, que un remedio terapéutico sólo puede ser plenamente eficaz si antes de su administración es sometido el enfermo a la acción de un determinado «ensalmo» (epôdê), entendido como discurso persuasivo y no como rito mágico, o cuando en la *República* enseña que la indocilidad del enfermo puede hacer inútiles los medicamentos y las *epôdai*, los discursos terapéuticos capaces de persuadir.

¿Qué es un placebo? Kissel y Barrucand lo definen así: «Medida terapéutica de intensidad intrínseca nula o débil, sin relación lógica con la enfermedad, pero que actúa, si el individuo cree recibir un tratamiento activo, en virtud de un mecanismo psicológico o psicofisiológico». Cuatro tesis lleva en su seno esa definición:

1.ª Sin poseer por sí misma una propiedad terapéutica farmacológicamente comprobada, cualquier sustancia puede en alguna medida ejercitarla, si el enfermo a quien se le administra cree firmemente que en realidad la posee.

2.ª Cualquier fármaco dotado de una determinada propiedad terapéutica la ejercita en alguna medida potenciada cuando el paciente lo recibe creyendo firmemente en su eficacia.

3.ª Tal creencia puede ser producida por el prestigio social del medicamento, por la confianza del enfermo en su médico o por la conjunción de ambas causas.

4.º Por modo inverso, una actitud desconfiada o renuente del enfermo ante un fármaco objetivamente eficaz, puede disminuir o perturbar la acción sanadora de éste.

Es obvio que el tanto por ciento y la intensidad del efecto placebo varían muy considerablemente con la afección morbosa y con la personalidad del sujeto tratado.

Se debe tener en cuenta que ni la realidad de dicho efecto, ni la objetividad de sus acciones metabólicas y bioquímicas (Rinzler, valga este ejemplo, ha comprobado la eficacia de los placebos sobre el nivel de las lipoproteínas séricas) ni su extensión a todos los campos de la terapéutica, sin excluir el quirúrgico (observación de S. Wolf), pueden ser hoy científicamente negadas. Dentro de los límites reales de su eficacia, el efecto placebo ha convertido en principio terapéutico general la famosa fórmula de Charcot antes mencionada, por él sólo referida a los trastornos histéricos: *la foi qui guérit*, la fe que cura.

Es ahora cuando podemos entender antropológicamente la acción terapéutica del fármaco y cuando queda patente la pertinencia del adverbio «preponderantemente» en la denominación de ésta. En efecto; cuando un fármaco actúa sobre el organismo, no se limita a modificar según su composición química la estructura y la dinámica del órgano sobre el que específicamente actúa. Este es, desde luego, el momento más central y decisivo del vector terapéutico que la administración del fármaco promueve. Pero de ese vector es también parte, bien que sólo por modo coadyuvante, la inespecífica y más amplia acción psicoorgánica que ejercita la confianza del enfermo en el medicamento y en el médico; confianza orgánicamente eficaz a través de las estructuras neurofisiológicas y hormonales en que como evento integralmente humano ella se realiza. La eficacia farmacodinámica de un medicamento no puede ser explicada sólo como la bien localizada consecuencia de la modificación «manual» que sus moléculas producen, sino como la fusión psicoorgánica de esa modificación y la que visual y auditivamente, por obra conjunta de lo que el enfermo ve y oye, de modo inespecífico engendra la confianza de éste en el medica-

mento y en el médico. La operación del fármaco es, pues, sólo preponderantemente orgánica.

b. *La intervención quirúrgica*

También lo es la de *la intervención quirúrgica*, aun cuando en ella parezca ser tan literal y tan exclusivamente manual –incluso por la etimología de la palabra «cirugía», *kheirourgía*, obra de manos– la eficacia terapéutica.

La eurritmia de las manos debe ser, según los hipocráticos, una de las destrezas técnicas del médico; de todo médico, porque todos deben percutir y palpar correctamente el cuerpo del enfermo. Pero, como es obvio, el cirujano es el más obligado a poseerla. Pienso que cuando tal eurritmia quirúrgica alcanza perfección, en ella se articulan tres factores: la eucinesia (la mano del cirujano debe moverse hábilmente), la eunoia (la mano debe proceder conociendo aquello a que se aplica) y la eubulia (la mano debe hallarse constantemente regida por la buena voluntad de quien la mueve). Ahora bien: la eunoia y la eubulia de la mano quirúrgica, ¿podrían ser efectivas si, con deliberación mayor o menor, no tuviese en cuenta el cirujano que es el cuerpo de un hombre y de tal hombre lo que opera, aunque la total inconsciencia del operado parezca haber puesto en transitoria suspensión su plenaria condición humana y personal? Evidentemente, no; todo acto quirúrgico, desde la anestesia hasta la sutura final, ha de estar orientado por lo que como persona es el enfermo operado. Tan to más, y sobre ello no habrá discusión, en el tratamiento preoperatorio y postoperatorio del enfermo. Y esta necesaria atención a la condición personal del operado tiene su verdadero fundamento en el carácter sólo preponderantemente orgánico –nunca exclusivamente orgánico– de la intervención quirúrgica.

La cirugía actual ha hecho especialmente ineludible la atención hacia el carácter psicoorgánico de la terapéutica operatoria. Hasta hace algunos decenios, la cirugía era exerética o ablativa (la extirpación de un tumor o la amputación de un miembro), evacuante (el vaciamiento de un empiema) y restauradora, tanto de la forma anatómica (las plastias de Tagliacozzi y sus sucesores) como de la forma y la función (la reducción de una fractura o la ligadura de un vaso). Pero desde Jaboulay y Billroth, ya en el siglo XIX, hasta la cardiocirugía y la neurocirugía más actuales, la actividad del cirujano ha comenzado a perseguir una meta nueva: además de exerética, evacuante y restauradora, con frecuencia es resueltamente innovadora, aspira a crear en el paciente un orden funcional nuevo, el que a juicio del cirujano sea más adecuado para remediar al máximo el daño de la enfermedad; modo bien evidente de patentizar la voluntad de «escultor de la naturaleza» que tantas veces opera en el alma del médico actual. Ahora bien: sin la deliberada y expresa intención de ver la intervención quirúrgica como una modificación sólo preponderantemente orgánica de la realidad del enfermo, ¿sería posible esta cirugía funcionalmente innovadora?

c. *La palabra*

Por modo coadyuvante, la palabra sugestiva debe ser parte integral del vector terapéutico cuando es preponderantemente orgánico su momento central; sin «buenas palabras», ni el internista ni el cirujano llegarán a ser correctos terapeutas. Hace más de un siglo, los clínicos franceses Bérard y Gubler enseñaron que la misión del buen médico consiste en «curar a veces, aliviar con frecuencia y consolar siempre»; máxima en la cual el verbo «consolar» no debe ser hoy entendido como pura acción humanitaria, sino como operación en alguna medida técnica, puesto que el consuelo del médico, si no cura, al menos alivia. Pero hay una técnica curativa, la psicoterapia verbal, en la cual *la palabra* se convierte en componente central del vector terapéutico, y ella es entonces la que esencialmente cualifica la operación del terapeuta. Junto a los dos casos precedentes, en los que el vector terapéutico es preponderantemente orgánico, aparece ahora otro, en el cual es preponderantemente psíquico ese vector.

Sabemos que quien habla a otro le llama, le notifica algo, nombra aquello que le notifica y mueve su ánimo en el sentido de la persuasión o, si se me admite la palabra, de la antisuasión; y que a la vez vive en su alma un sentimiento en el cual se mezclan un conato de compañía –o de soledad, si el llamado no responde al llamamiento–, otro de liberación y ordenación interiores y otro de autoafirmación. De un modo en el enfermo, de modo distinto en el médico, todo esto ocurre en el curso del coloquio psicoterápico. Veamos con mayor detalle el caso de aquél.

Con las palabras que dice y con las palabras que oye, el paciente –en este caso, un neurótico– advierte que el recto sentido de su conflicto y de su existencia se le esclarecen –va conociendo la verdad real y la verdad posible de su vida personal, más allá de la ocasional no-verdad de su neurosis– y siente que nace en él fuerza para por sí mismo dar viviente realidad a esa profunda verdad suya. «Las palabras son para mí –escribió el poeta Fernando Pessoa– cuerpos tangibles, sirenas visibles, sensualidades incorporadas.» El filósofo Sartre dirá, por su parte, que «toda palabra es sacral para quien la pronuncia y mágica para quien la escucha». Entiéndase: toda palabra auténtica, esa que otro poeta, Joan Maragall, había llamado *paraula viva*. Nunca son tan certeros estos juicios como cuando la palabra se convierte en medicamento, que no otra cosa sucede en el caso de una cura psicoterápica bien conducida. Esto es: cuando las palabras, aunque el oyente de ellas no lo perciba de manera clara y distinta, se aproximan a ser manos benéficas que le desvelan la estructura y el sentido reales de su vida, van ordenando las varias hebras de ésta, hasta entonces morbosamente enmarañadas, y avivan en su alma y en su cuerpo el impulso a vivir de manera personal según esa para él inédita posibilidad. Es ahora cuando el psicoterapeuta auténtico –Freud ante la Sra. Emmy de N. o Miss Lucy R.– vive la condición sacral de su palabra, y cuando el paciente siente como «cuerpos tangibles» y «sirenas visibles» las que terapéuticamente van operando sobre él.

¿Cómo actúa la palabra-medicamento? Actúa sobre el alma y el cuerpo del paciente; acabo de decirlo. Más exactamente, sobre la psique y el organismo. Bien está el término «psicoterapia», si su empleo tiene por causa la economía verbal, además del hábito; pero el caso terapéutico de la palabra es en rigor «psicoorganoterapia». La palabra curativa opera de modo inmediato sobre las estructuras auditivas –psicoorgánicas, por supuesto– del enfermo que la escucha, y, a través de ellas, sobre la ocasional disposición de éste –psíquica y orgánica también– ante su propia enfermedad y ante el médico; de lo cual resulta la configuración de un vector terapéutico preponderantemente psíquico, más o menos modificador del desorden neurofisiológico en que la dolencia tiene ahora su causa inmediata. Así tiene que ser, y tal es el mecanismo de la psicoterapia verbal; porque, como en varias ocasiones he dicho, sin una lesión del cuerpo –sólo bioquímica y enteramente reversible, en este caso–, en la vida del sujeto habrá conflictos y tribulaciones, mas no enfermedad, en el estricto sentido del término. Con su palabra, el médico, escultor de la naturaleza personal del enfermo, suscita y orienta en él una *vis medicatrix* –una *vis medicatrix naturae personalis*, si se quiere mayor precisión– que de otro modo no habría entrado en juego. La adición de fármacos a la cura psicoterápica o la prescripción de tal o cual régimen dietético no harán otra cosa que subrayar el carácter sólo preponderantemente psíquico del vector terapéutico que en ella opera.

II. TRES SITUACIONES CLINICAS

Estudiemos ahora cómo todo lo dicho cobra realidad concreta en las tres principales situaciones en que a este respecto puede verse el clínico: la enfermedad aguda curable, la enfermedad crónica preponderantemente orgánica y la enfermedad crónica preponderantemente psíquica.

1. La enfermedad aguda curable

Pese a la enorme potencia sanadora de la terapéutica actual, hay enfermedades agudas que rápidamente conducen a la muerte. No es de ellas de las que quiero hablar ahora; el tema de la conducta del médico ante el enfermo cuya defunción parece inminente será tratado en páginas ulteriores. Frente a ellas, y junto a las no pocas en que la *vis medicatrix* de la naturaleza específica e individual del enfermo conduce con presteza a la curación espontánea, hay muchas en la actualidad que el médico puede curar técnicamente con un altísimo grado de probabilidad: la del buen éxito en el tratamiento penicilínico de una neumonía lobar por neumococos o en el tratamiento quirúrgico de una apendicitis aguda carente de complicaciones.

En tales situaciones, ¿qué debe hacer un médico seriamente reflexivo y mentalmente abierto a la consideración del enfermo como persona doliente?

Ante todo, pensar en la posibilidad –todo lo remota y tenue que se quiera, pero siempre real– de un fracaso terapéutico. ¿Por qué *en este caso* puede fra-

casar mi intervención? Si de veras quiero entender lo que ante mí sucede o puede suceder, ¿podré contentarme con pensar que según las estadísticas de los libros sólo en 1 ó en un 0,5 % de los casos es ineficaz el recurso terapéutico empleado? *A priori*, antes de instaurar el tratamiento, algo me ayudará esa reflexión a precisar mi juicio diagnóstico. *A posteriori*, producido el fracaso, tendré ocasión de mostrar la razón de una sensata regla gnoseológica de Cl. Bernard: que el atento examen de un caso singular puede dar a la mente más luz que el manejo de cualquier estadística. Es seguro que la visión del enfermo como persona psicoorgánica y no como simple organismo ayudará eficazmente a entender lo que entonces puede suceder o haya sucedido.

Bien. Descartado en principio el lejano riesgo del fracaso, el médico se dispone a ordenar su tratamiento. ¿Cuál deberá ser su conducta? En mi opinión, ésta:

1.° Administrar discreta y oportunamente la eficacia terapéutica de su simple presencia. El sentimiento de enfermedad desvalida, aísla, en cierto modo infantiliza; y nada ayuda tanto a sobrellevar o vencer estos estados vitales como la compañía roborante y esperanzadora del médico, si ésta es, insisto en ello, discreta y oportunamente administrada.

2.° Teniendo en cuenta la mayor o menor, pero casi general eficacia del efecto placebo, procurar que éste actúe positivamente en el tratamiento que va a instaurar. La acción de los fármacos sabe hacerla el buen médico *nobilior*, «más noble», decía, siglos antes de que el efecto placebo fuera descrito, el medieval Saliceto.

3.° Emplear sin demora el tratamiento que objetiva y estadísticamente sea más eficaz, fármaco o intervención quirúrgica.

Tal vez se diga que esta tercera regla es la única que importa; que ante una enfermedad aguda correctamente diagnosticada, contra la cual se dispone de un recurso terapéutico verdaderamente eficaz, lo únicamente sensato es administrarlo y dejar que opere. Pragmáticamente, esto será en muchos casos lo correcto; pero acaso en otros, y también por razones pragmáticas, no sea inoportuno cumplir las dos reglas anteriores. Ni siquiera cuando está en coma llega a ser puro organismo el individuo enfermo. Lo que con un comatoso haya de hacerse, una vez cumplidas las ineludibles e impersonales prescripciones de urgencia, ¿no deberá tener muy en cuenta lo que ha sido y lo que puede ser la persona a que pertenece el cuerpo tratado? Nunca el enfermo deja de ser organismo personal, y según esta esencial condición suya debe ser atendido por el médico.

2. La enfermedad crónica preponderantemente orgánica

Por tanto: un caso de hipertensión arterial, de gota, de úlcera péptica recidivante, de esclerosis en placas. Una enfermedad se hace crónica porque nues-

tros actuales recursos terapéuticos no logran curarla y porque la *vis medicatrix* de la naturaleza personal del enfermo tampoco es capaz de ello. No es que sea incurable por necesidad –la mente del hombre actual no admite este concepto–, pero sí es, acéptese la expresión, situacionalmente incurable. A diferencia de lo que en las enfermedades agudas es la regla, la enfermedad crónica, por otro lado, no suele ser puramente azarosa; en su génesis tiene con frecuencia parte considerable la vida que el paciente ha querido adoptar. Con la conocida terminología de Jaspers cabe decir que el accidente morboso no es ahora puro «proceso», que en alguna medida es también «desarrollo». La enfermedad crónica, en fin, debe ser incorporada por el paciente al núcleo de su vida personal; la dolencia que ella comporta pasa en la existencia del enfermo de la esfera de lo-en-mí a la esfera de lo-mío, es por él en alguna forma «apropiada», bien por asunción simple, bien por asunción interpretativa, bien por asunción creativa, cuando, movido por lo que para él es la enfermedad, quien la padece inventa modos de vivir que sin ella no hubiesen sido posibles. Un cantar popular de Manuel Machado.

Todo es hasta acostumbrarse;
cariño le toma el preso
a las rejas de la cárcel,

y una bien conocida, más profunda estrofa de su hermano Antonio,

En el corazón tenía
la espina de una pasión.
Logré arrancármela un día:
ya no siento el corazón,

expresan poéticamente algo de lo que a muchos enfermos crónicos acontece. Y si, cualesquiera que sean su etiología, su patogenia y su fisiopatología, así es biográficamente la enfermedad crónica, ¿qué deberá hacer el médico para tratarla, además de prescribir los recursos terapéuticos –tales fármacos, tal dieta– que su especificidad requiera? Obligado a acompañar durante tiempo y tiempo al enfermo que trata, ¿cómo el médico será su compañero de camino? Para responder, distingamos metódicamente la meta, la estructura y la figura temporal del tratamiento.

a. *Meta del tratamiento*

Obviamente, *la meta del tratamiento médico* debe ser siempre la entera curación del enfermo, la *restitutio ad integrum* de que los médicos antiguos hablaban; pero si tal curación no es posible, el terapeuta habrá de proponerse como objetivo el logro de la mejor –la menos mala– de las vidas que la enfermedad haga posibles. Deberá, por tanto, inventar para el enfermo un *bíos* o modo de vivir en que las forzosidades impuestas por la enfermedad y las posibilidades

por ella alumbradas sean óptimamente incorporadas en su vida. El médico, en suma, se ve en el trance de recrear o remodelar una vida humana; con lo cual la *díaita* o «régimen de vida» de los antiguos griegos se eleva desde el plano cósmico en que el asclepíada helénico se movía hasta un plano genuinamente biográfico y personal, y él, como terapeuta, pasa a ser escultor y novelista de una vida ajena. Novelista, en tanto que la inventa; escultor, en tanto que realiza su invento modificando o modelando según arte la vida del enfermo.

Obsérvese que para inventar un plan de vida así concebido, el médico debe llevar a término una operación anímica integrada por tres actos:

1.° Un acto de invención imaginativa, necesariamente suscitado y condicionado por la realidad del proceso morboso.

2.° Un acto de proyección modificativa o reformadora. Para que ese «personaje» sea real, el médico, mediante los recursos a su alcance –farmacológicos, dietéticos, quirúrgicos, psicoterápicos– debe modificar la naturaleza del paciente.

3.° Un acto de proyección coejecutiva. El médico debe proponerse, en efecto, la adivinación de las posibles actitudes personales del paciente frente a los sucesivos estados de su naturaleza en el curso del tratamiento. No es tarea fácil y rutinaria ser novelista y escultor de otro hombre.

b. *Estructura del tratamiento*

Esto nos pone ante un nuevo tema: *la estructura interna del tratamiento*. En la cura integral de un enfermo crónico, ¿qué papel desempeñan el médico, el remedio y el enfermo? Muy sumariamente formulada, he aquí mi respuesta:

1.° Además de inventor y escultor, el médico debe ser unitariamente camarada del paciente (puesto que le ayuda cooperativamente en la empresa de conquistar una meta susceptible de objetivación: la vida nueva que la enfermedad haga posible), educador (porque debe enseñar al enfermo la recta ejecución de los hábitos somáticos y psíquicos que el ejercicio de esa vida exija) y amigo, médicamente amigo del enfermo (en cuanto que la relación terapéutica lleva consigo, médicamente entendidas y realizadas, las actividades que mejor caracterizan a la amistad). Completando a von Weizsäcker diremos, pues, que la relación terapéutica con el enfermo crónico no es sólo *Weggenossenschaft*, camaradería itinerante, que es también *ärztliche Wegfreundschaft*, itinerante amistad médica.

2.° El remedio será el que en cada caso parezca adecuado: por tanto, la oportuna combinación de todos o varios de los recursos que la terapéutica actual ofrece: farmacológicos, dietéticos, fisioterápicos, quirúrgicos y psicoterápicos.

3.° El enfermo, en fin, habrá de ser animoso colaborador del médico en la ejecución de la vida nueva por éste inventada. Nunca un plan terapéutico puede quedar en el puro consejo, mas tampoco llega a ser pura tutela. La procura

del médico, y más ante el enfermo crónico, debe hallarse entre la prevención que ejecuta el consejero y la sustitución que es oficio del tutor.

c. *Figura del tratamiento*

Queda por considerar *la figura del tratamiento.* Hace casi nueve lustros, cediendo blandamente al gusto por la metáfora, comparé el tratamiento médico a la navegación por bordadas del velero, cuando el viento es contrario. Decía yo: «He aquí el hombre en su destino. Como barco bien arbolado, pero falible, va camino de su puerto vocacional. El timón es un tesoro de proyectos, de rumbos posibles; pero cada día, previa consulta con los astros, se elige sólo el que sirve para navegar hacia el puerto invisible y remoto. ¡Si no hubiese tempestades! Un día viene un rudo viento contrario, y esto es la enfermedad. Como la galerna para el navegante, la enfermedad, para el enfermo, suele nacer de no sabe él donde; simplemente, de que se está en la mar, en la vida, y la mar y la vida son inciertas e inseguras. El viento es duro y contrario. ¿Qué hacer entonces? ¿Cómo navegar contra el viento en esa ardua y azarosa situación? Hay que poner a prueba todas las posibilidades de la propia existencia. *Quantum potes, tantum aude,* tal es la divisa del barco bajo viento contrario y del hombre enfermo. Alguien hay que conoce el arte de navegar contra el viento; en el caso de la enfermedad, el médico. El médico inquiere rumbo y posición, comprueba atento el estado del velamen y prescribe la maniobra. Comienza una penosa navegación por bordadas. Al terminar cada una, ordena el médico nueva maniobra; el barco sale de su ruta en una comba osada e incierta, y vuelve luego a ella. Ha ganado unos metros. Otra comba sigue, y así hasta que sopla de nuevo favorable el viento, o hasta el trance decisivo y final del naufragio. Y así también en cada visita del médico al enfermo: un nuevo acto de coexistencia objetivante e interpersonal que le revela el estado del paciente y da lugar a una confirmación o a una renovación del tratamiento...» Quítese a esta descripción metafórica el exceso de retórica marinera, y se tendrá, creo, una aceptable imagen del tratamiento de una enfermedad crónica.

3. La enfermedad crónica preponderantemente psíquica

Las enfermedades pueden ser o preponderantemente orgánicas o preponderantemente psíquicas, y éstas, a su vez, psicosis, las más orgánicas de las enfermedades psíquicas –en el sentido que los clínicos suelen dar a la expresión «enfermedad orgánica»: la enfermedad consecutiva a lesiones hísticas o celulares relativamente «estables» o «fijas»–, o neurosis, las que a la vez son psiconeurosis u organoneurosis, enfermedades funcionales, también en el sentido que de ordinario suele darse a esta última palabra. No quiere esto decir que una neurosis no sea una enfermedad lesional; quiere decir tan sólo que la lesión propia de las enfermedades neuróticas es lábil y puede ser en todo momento definitivamente resuelta hacia la normalidad; y así, lo que los psicotera-

peutas llaman «somatización» de una neurosis no consiste en que ésta pase de ser puramente psíquica a ser simultáneamente psíquica y orgánica, sino en que, por la razón que sea, se ha intensificado y cronificado su lábil lesión originaria y se han hecho patentes algunos síntomas de carácter más somático. ¿Cómo negar que una neurosis obsesiva pertinaz tiene en su base una pertinaz lesión bioquímica de cierta región encefálica? Repetiré una vez más mi fórmula: sólo preponderantemente son y pueden ser psíquicas las enfermedades neuróticas.

¿Qué es, pues, una neurosis? Responderé con dos fórmulas, una más pragmática y otra más teorética. Es neurótico –psiconeurótico u organoneurótico– un desorden morboso en cuyo vector nosogenético predominan los factores de carácter psíquico (emocionales, psicosociales, biográficos) y cuya desaparición puede lograrse mediante una psicoterapia más o menos técnica; aunque, eso sí, los fármacos hayan de ser con frecuencia recursos terapéuticos coadyuvantes. Es por otra parte neurótico –psiconeurótico u organoneurótico– un desorden morboso en el cual, como en el caso de la enfermedad crónica preponderantemente orgánica, el enfermo «no sabe» hacer la vida que mejor le permita conllevar su dolencia o salir de ella; pero en el que ese «no saber» depende más de un «no ver» o un «no acertar» que del «no poder» inherente a las enfermedades crónicas más acusadamente orgánicas, una insuficiencia cardíaca, una esclerosis en placas o una tuberculosis pulmonar. Tal es el «no saber» del enfermo neurótico ante el empeño de encontrar por sus propios medios una vida a la que en el rigor de los términos él pueda llamar «sana» y «suya».

Con estas sumarias nociones básicas como presupuesto, examinemos la meta, la estructura interna y la figura temporal del tratamiento de una enfermedad preponderantemente neurótica.

a. *Meta del tratamiento*

La *meta del tratamiento* será la salud del paciente, en el mejor de los casos, y la menos mala entre todas las vidas que la enfermedad haga posibles, en el peor. Ahora bien: esa conquista de la mejor o la menos mala de las vidas posibles puede ser en unos casos la consecuencia de un «aprendizaje» y debe ser en otros el resultado de una verdadera «reforma» de la existencia, lindante a veces –por supuesto, en un sentido enteramente laico de la palabra– con lo que la ascética religiosa llama «conversión». El neurótico se ve forzado a vivir no pudiendo vivir como realmente vive y no sabiendo vivir como debería hacerlo para que su vida pase de su ocasional «no-verdad» a su posible «verdad». ¿Y cómo se puede lograr que la vida llegue a ser para él «verdadera», es decir, sana y propia? Sólo mediante una psicoterapia cuya meta sea la adecuada reinstalación del paciente en su realidad y en la realidad; lo cual obligará a entender lo que para él es «verdadera realidad» y en consecuencia –W. James, Ortega– a descubrir en él o a recrearle creencias vivas, convicciones sobre que apoyar con firmeza su existencia. En modo alguno es un azar que los dos grandes iniciadores de la actual psicología profunda, Pierre Janet y Sigmund Freud,

hayan descubierto, no como filósofos, sino como médicos y psicólogos, la noción y el problema de la realidad: Janet con su idea de la *fonction du réel* y la alteración de ella en la psicastenia; Freud con la contraposición entre el «principio del placer» y el «principio de la realidad», aquél como impulso originario, éste como conjunto de las funciones –percepción sensorial, pensamiento consciente, atención deliberada– que hacen vivir la limitación de la propia persona y la resistencia del mundo. Así, la curación del neurótico tiene que ser una recta y nueva instalación del paciente en la realidad; en un sentido más radical que en la enfermedad crónica preponderantemente orgánica, una vida nueva.

Esta vida, ¿puede ser tipificable, debe ajustarse a un tipo humano bien determinado? Freud y Kretschmer piensan que sí. Para aquél, la cura psicoanalítica debe aspirar a la creación de un «hombre sexualmente maduro»; para éste, la meta debe ser la configuración de un «hombre dieciochesco, tan alejado del cinismo moral como del pacato encogimiento». No lo pienso así. A mi juicio, la regla debe ser ésta: «Que el enfermo llegue a ser el mejor personaje que su persona le permite ser». No tanto la realización del fichteano «llega a ser el que eres», como la consecuencia de un «llega a ser el que puedes ser», porque el «poder ser» del hombre no es mera explicitación, sino genuina innovación; no simple actualización de potencias, diría Zubiri, sino verdadera creación de posibilidades y capacidades.

b. *Estructura del tratamiento*

En cuanto a la *estructura del tratamiento*, distingamos de nuevo lo tocante al médico, al remedio y al enfermo.

1.º Hemos visto que el médico debe ser a un tiempo inventor, reformador, camarada, educador y amigo –médicamente amigo– de su paciente. Nunca como en el tratamiento psicoterapéutico se hacen patentes el carácter de consaber o saber compartido que por esencia posee la relación médica y la radical condición amistosa de ésta. Seguín ha hablado con brillantez y acierto de un «eros psicoterapéutico»; doctrina a la cual debe añadirse que además de ser *érôs* o amor de aspiración, el amor del buen médico a su paciente es también *agápê*, amor de efusión, y que ambos cobran figura psicológica y social como *philía;* como amistad médica, en nuestro caso.

2.º Ayudado o no por el fármaco y la dieta, el principal recurso terapéutico en el tratamiento del enfermo neurótico debe ser la psicoterapia. ¿En qué forma, entre las veintiocho que contiene la documentada enumeración propuesta por D. Gracia Guillén? Puesto el médico a optar, acaso le sea útil la clasificación de los métodos psicoterapéuticos sugerida por A. Maeder y M. Boss. A primera vista, el criterio ordenador es externo y aun pintoresco: a un lado, los métodos en que se usa el diván; al otro, los métodos en que el diván no se usa. En los primeros, el paciente apenas ve al médico; con lo cual decrece la intensidad del encuentro terapéutico, es menos autoafirmadora la actitud del enfermo y se hace más llana y desembarazada la acción de la *vis medicatrix* de su

personal naturaleza. Tal es el caso en la cura psicoanalítica tradicional: esclarecida por el médico –Szasz, recuérdese, ha extremado esta concepción «educacional» de la psicoterapia–, la psique del paciente se reordena desde dentro de sí misma. Muy otras son las cosas cuando el paciente, sentado ante el psicoterapeuta, ve directamente a éste y se siente mirado por él. Antes el enfermo era más «naturaleza», ahora es más «persona»; *partner*, compañero, dice Maeder. El encuentro médico-enfermo es así más directo e intenso, se hace más formalmente dialógica la relación terapéutica y debe ser más acusada, para que el tratamiento resulte eficaz, la «preeminencia existencial» del médico que mencioné al hablar de la transferencia. Desde la utilización terapéutica de la contra-transferencia, por Ferenczi, son hoy legión los médicos que han adoptado este segundo proceder.

3.º El papel del enfermo queda esbozado en cuanto acabo de decir. Sólo si acepta esa activa participación suya en la cura podrá ser ésta verdaderamente eficaz; aceptación tanto de la técnica psicoterápica elegida por el médico, como del efecto que, si es correcta la ejecución, debe esa técnica producir en su realidad personal. Cuatro parecen ser los modos principales de ese efecto: el consuelo, el esclarecimiento, la roboración y la conducción. Todo enfermo, incluso los que inconscientemente buscan refugio en la enfermedad, vive ésta como soledad aflictiva. Tanto más el neurótico, porque la dolencia que aísla su existir no le impide vivir en sociedad. Acompañando al paciente desde la raíz misma del penoso aislamiento en que habitualmente vive, le brinda –bajo reacciones de molestia y desagrado, a veces– *alivio y consuelo*. Todo psicoterapeuta sabe que el oír con abierta atención es la primera regla de su oficio. Así, antes de ser formalmente psicoanalítica, la eficacia de la psicoterapia es notoriamente psico-acústica. Al consuelo que ofrece la cura psicoterápica eficaz se une, de manera esencial, el *esclarecimiento*: el enfermo se ve y se siente a sí mismo con claridad y verdad crecientes. Más allá de la torcida interpretación de sí mismo en que vivía, borrándola casi siempre, la recta interpretación se le va imponiendo desde dentro; de vivir en su no-verdad va pasando a vivir en su verdad. Lo cual no sería posible si a ese consuelo y a este esclarecimiento no les acompañasen la roboración y la conducción. Llamo *roboración* –palabra que en este caso presupone una concepción no meramente biológica sino íntegramente personal del *robur vitale*– al incremento del vigor con que el sujeto puede por sí mismo hacer su vida y sentirse capaz de ello. Sin él, la curación del neurótico difícilmente sería posible; más difícilmente aún que en el caso de las enfermedades crónicas preponderantemente orgánicas. Ahora bien: tanto el esclarecimiento como la roboración deben ser objeto de *conducción* por parte del terapeuta. Con la cooperación del paciente, el médico, en efecto, debe conducirle hacia la vida nueva en que la curación consiste; a veces, contra la resistencia o la superficial rebelión del paciente mismo. Tres parecen ser los recursos principales para vencerlas: la capacidad sugestiva, la verdad y el amor. En parte congénita y en parte adquirida, aquélla suscita en el enfermo la decisión y el impulso hacia su reforma vital e intensifica la acción psicoorgánica de la verdad. Conocer una verdad nueva y haber adquirido una perfección nos mue-

ven desde dentro de nosotros mismos a aceptarlas y a ejercitarlas. Después de haber aprendido que 2 por 5 es igual a 10, sólo falseándome podré decir otra cosa. Después de haber aprendido a leer, aunque no quiera leeré los rótulos comerciales que a mi paso encuentre. Es lo que el psicoterapeuta Schultz denominó «compulsión adquirida a la ejecución». Pero el neurótico debe ser sugestiva y educacionalmente ayudado a esa no siempre fácil instalación vital en la verdad propia. La amistad médica para con el paciente –la realización fílica del amor de aspiración y el amor de efusión– será el gran motor en la empresa de conducirle psicoterapéuticamente a la salud.

c. *Figura del tratamiento*

Poco debe añadirse a lo que respecto de la *figura temporal del tratamiento* se dijo al hablar de la enfermedad crónica preponderantemente orgánica. También ahora debe ser regla el contacto intermitente con el enfermo. Contacto al cual, como es obvio, prestará su peculiaridad la que en relación con la visita al enfermo orgánico tan notoriamente posee la cura psicoterápica.

CAPITULO 5

El momento ético del acto médico

Enmascarado tantas veces por la rutina profesional –cuando el sujeto de la acción, diría Heidegger, no es un existente auténtico, sino *das Man*, el mostrenco «se» del «se hace» y el «se dice»–, un momento ético pertenece esencialmente a la relación entre el médico y el enfermo y a todos los actos en que se realiza. Que esta esencial eticidad sea entendida según la «piedad fisiológica» de la Grecia ilustrada, la moral supramundana del cristianismo o la moral secularizada del mundo moderno, no quita vigencia a esa radical verdad. Como tampoco el que la constitutiva moralidad del hombre sea, según los casos, moralidad *stricto sensu*, inmoralidad o amoralidad; porque ésta no pasa de ser una actitud defectiva o privativa como, por ejemplo, la acinesia es el no-movimiento de un ser a cuya esencia pertenece el moverse. La realidad misma del hombre es constitutivamente moral (Zubiri y Aranguren). A diferencia del animal, cuya programación instintiva le hace vivir ajustado a su medio, el hombre se ve constantemente obligado a ajustar su comportamiento a su realidad y a la realidad en que vive mediante actos inteligentes y libres; con lo cual las «ferencias», deben constituirse en «pre-ferencias» y el «ajustamiento» cósmico se trueca en «justificación» personal (Zubiri) (1).

(1) El comportamiento ético es, por supuesto, específicamente humano; ningún animal «prefiere», como no llamemos preferir a la acción de inclinarse, frente a dos estímulos simultáneos, hacia aquél que la programación instintiva de la especie o la previa existencia de un reflejo condicionado hagan más apetecible. Erraría, sin embargo, quien pensase que la actividad de preferir y la consiguiente responsabilidad ética tienen como titular y agente un «estrato» de la realidad humana o un «centro de actos» situados «por encima» de lo que en el hombre es animalidad. Tanto la intelección como la volición son acciones biológicas, humanamente biológicas; y así como nuestra inteligencia es por esencia sentiente, es decir, se halla unitariamente fundida con la sensación, la voluntad es por esencia tendente, se halla unitariamente fundida con la tendencia (Zubiri). Si el hombre puede comportarse como «asceta de la vida», según la conocida sentencia de Scheler, tal comportamiento, fundado sobre la formalización del estímulo como impresión de realidad, en ningún momento deja de ser *psicoorgánico. También el libre ejercicio de la volición tiene su neurofisiología.*

«La capacidad para el comportamiento ético –escribe el genetista F. J. Ayala– es un atributo de la constitución biológica humana, y por ello resulta de la evolución; mas no porque tal capacidad haya sido promovida por la selección natural, en tanto que por sí misma adaptativa, sino porque se deriva

En tanto que plenariamente humano, el acto médico es y no puede no ser moral. Veamos ahora cómo su moralidad se constituye, cómo se manifiesta en un deber concreto y cuál es, si existe, su relación con el modo de la conducta del hombre a que damos el nombre de «religiosidad».

I. LA CONDICION MORAL DEL ACTO MEDICO

Examinemos por separado las dos principales situaciones en que la actividad del médico es ejercitada, cuando se la considera desde un punto de vista ético: la ayuda ocasional no solicitada al enfermo y la asistencia habitual en el ejercicio de la medicina.

1. Ayuda médica ocasional y no solicitada

Imaginemos un caso típico de lo que he llamado *ayuda ocasional y no solicitada*. Un médico ve que alguien, un viandante cualquiera, da unos traspiés y cae al suelo sin sentido. Se trata sin duda de un enfermo. ¿Qué hará ese médico? Si se conduce como tal, en su conducta podrán ser discernidos tres tiempos sucesivos:

1.º Aceptación personal de la tendencia a la ayuda al semejante enfermo. La contemplación inmediata de la enfermedad produce en el hombre, médico o no, un sentimiento ambivalente, en cuya trama se mezclan y contienden la repulsión y la atracción. Por lo general, el espectáculo de la enfermedad repele, y nunca es grato, por otra parte, el abandono del proyecto cuya realización nos ocupa. Pero la visión de la desgracia ajena suscita también en el alma humana, egoísta y altruista a la vez, un movimiento de ayuda al desgraciado. Más o menos impulsado el ánimo por la segunda naturaleza que crean la educación y los hábitos sociales, quien se encuentra con un enfermo acepta unas veces la ferencia de la atracción, y ayuda al menesteroso, y cede otras a la ferencia de la repulsa, y se aparta de él. Opción ésta que obviamente constituye un acto ético.

---

de una capacidad intelectual avanzada (respecto de la inteligencia meramente animal).» Aunque tal vez fuera preferible decir que el hecho biológico de «tener que hacerse cargo de la situación» lleva consigo, no por derivación, sino por obra de la unidad estructural del psicoorganismo humano, el «tener que optar en situación», y posee en consecuencia carácter ético. Desde el punto de vista de la filogénesis, las notas descriptivas «mano liberada», «cerebro hiperformalizador», «tener que inteligir» y «tener que optar» son conjuntamente momentos estructurales del salto cualitativo que trueca el psicoorganismo animal en psicoorganismo humano, y por consiguiente notas constitutivas de la estructura de éste. Con otras palabras: como la hiperformalización de la actividad cerebral «exige» y no «produce» la intelección, así mismo «exige» y no «produce» la volición. Ahora bien: en su más propia realidad, ¿en qué consiste ese sutil «salto cualitativo»? Tal es y seguirá siendo el enigma antropológico-metafísico de la hominización.

2.º Decisión de ayudar técnicamente al enfermo y conversión de la voluntad de ayuda en proyecto de acción. Puede el médico optar por prestar una ayuda genéricamente humana –por ejemplo: llevar al enfermo a la casa de socorro más próxima–, o por llevar a cabo el responsable ejercicio de su profesión. Después de todo, aquélla es menos incómoda que éste. En definitiva, un nuevo acto ético.

3.º Ejecución más o menos cuidadosa de ese proyecto de acción. Caben, en efecto, una atención mayor o menor en el ejercicio del diagnóstico, una diligencia mayor o menor en la práctica del tratamiento y una mayor o menor adecuación de la conducta a las normas que socialmente la regulan. En todo lo cual, como en las dos decisiones anteriores, la eticidad de la conducta no puede ser más evidente.

2. Asistencia médica habitual

Aunque menos ostensible, no es menos real el carácter ético de la *asistencia médica habitual,* tenga su marco en un consultorio privado, en un ambulatorio o en una sala hospitalaria. Cinco modos cabe discernir en ella, desde nuestro actual punto de vista:

1.º La aceptación personal de la condición de médico. Ser médico es algo más que hallarse en posesión de un título académico; debe ser también la posesión de una segunda naturaleza, constituida por los hábitos mentales, estimativos y operativos que requiere el ejercicio decoroso de la medicina. Pues bien: esta segunda naturaleza puede ser asumida por su titular en muy diversas formas, y en consecuencia realizando moral o inmoralmente el modo de ser hombre que la palabra «médico» designa.

2.º La acogida amistosa del enfermo a quien se va a atender. Cuando sea grata la primera impresión que produce el paciente, será preciso ajustarla con deliberación mayor o menor a las exigencias técnicas y morales de la exploración y el tratamiento; cuando es ingrata, habrá que vencerla, si se pretende que el acto asistencial sea la «afable prestación de ayuda técnica» en que, como en otro lugar he dicho, debe tener su clave el ejercicio de la medicina.

3.º La ejecución cuidadosa o descuidada, correcta o incorrecta, de las diversas acciones exploratorias y terapéuticas.

4.º La fijación de unos honorarios que ni social, ni personalmente sean abusivos.

5.º La atención al enfermo según el imperativo nietzscheano del «amor al lejano». Más cristianamente, la consideración del «lejano» como si fuese «prójimo». En las sociedades técnicamente desarrolladas y opulentas, la universal solidaridad humana –descubrimiento ético de nuestro siglo– obliga a tener en cuenta la deficiencia técnica y económica de las sociedades del llamado tercer mundo. Y no es la enfermedad el menester de esas sociedades en el que la ayuda requiere menor urgencia.

¿Quién negará que todos estos actos llevan consigo decisiones y comportamientos de orden moral? No cabe la duda: como toda acción integralmente humana, la relación médica posee una estructura y un contenido de carácter formalmente ético.

3. La conducta del enfermo

Hemos examinado la constitutiva eticidad de la conducta del médico. No menos indudable es la *condición moral de la conducta del enfermo.* Estar «personalmente» enfermo –vivir la enfermedad de un modo o de otro, reaccionar de uno u otro modo al hecho de padecerla– es por sí mismo un acto moral; tanto más lo será cuando haya conducido al sujeto a buscar ayuda médica. Como hay buenos y malos médicos, hay también buenos y malos enfermos. Y hoy no se es «buen enfermo» porque sea pasiva y ciega la entrega a lo que el terapeuta dice, sino porque, sin mengua de aceptar de buen grado esa superioridad existencial del médico a que más de una vez me he referido, se sabe colaborar responsablemente con él en la empresa de la curación; cada cual, por supuesto, según las posibilidades de su talento y de su formación. Tanto por el lado del médico como por el lado del enfermo, la relación médica lleva la moralidad en su esencia misma.

II. DEBERES RESPECTIVOS DEL MEDICO Y EL ENFERMO

Veamos ahora cómo en el curso de la relación médica se muestran los deberes del médico respecto del enfermo y del enfermo respecto del médico. Con ello no trato de bosquejar una deontología médica general. Me propongo tan sólo presentar los principales problemas éticos que plantea la vinculación afectiva, diagnóstica y terapéutica entre el sanador y el paciente.

1. Deberes del médico

Todos los deberes del médico respecto del enfermo no son sino expresiones concretas del esencial mandamiento en que el arte de curar tiene su regla de oro: el bien del paciente. En el escrito hipocrático *de prisca medicina* se afirma que el *métron* del saber médico, el básico criterio rector a que el médico ha de atenerse para valorar su experiencia, debe ser «la sensación del cuerpo», lo que se percibe observando técnicamente el cuerpo del enfermo. Los capítulos precedentes nos han mostrado la necesidad de ampliar tan venerable y fecunda sentencia: el *métron* del saber médico debe ser el conocimiento científico de la total realidad del enfermo, no sólo la sensación del cuerpo de éste. Pues bien: el *métron* de la ética médica, la regla cardinal a que el terapeuta debe en todo momento atenerse, es esa misma total realidad; mas no sólo en tanto que realidad cognoscible, sino como realidad cognoscible, modificable y valiosa.

El bien del enfermo según lo que como hombre vale; tal debe ser el norte del médico.

Como todas las reglas muy esenciales, ésta que acabo de proponer pide mucho y dice poco. ¿Qué es, en rigor, el bien del enfermo? En una situación histórica y social determinada –Grecia clásica, Europa medieval, mundo moderno–, ¿en qué deberá o podrá consistir ese bien? El bien del enfermo que el médico ha de tener ante sus ojos, ¿debe ser, sin más, lo que el enfermo mismo considere «su bien», o lo que sobre el caso dictaminen las normas sociales, los preceptos científicos o los mandamientos religiosos a que médico y enfermo se hallen sometidos? Si el acto virtuoso debe buscar, salvo en las situaciones-límite, ese «término medio» que desde Aristóteles viene prescribiendo la ética tradicional, ¿a qué normas habrá de sujetarse su ejecutor para conseguirlo? Procurar el bien del enfermo es, pues, empresa más fácil de formular que de ejecutar.

Sin el menor propósito de agotar el tema y sabiendo muy bien que, como tantas veces dijo Marañón, la óptima moral consiste más en inventar deberes que en cumplir reglas, describiré de manera sumaria los principales campos conflictivos en que se hace patente el carácter ético de la relación entre el médico y el enfermo.

2. Conflicto entre la persona y la sociedad

Hay ocasiones en que la conexión entre el bien de la persona y el bien de la sociedad no se presenta bajo forma de conflicto. En el tratamiento de una neumonía, por ejemplo, la armonía entre el bien personal (el pronto restablecimiento) y el bien social (el pronto retorno al trabajo de quien se vio obligado a abandonarlo) no puede ser más evidente.

Pero las cosas no son siempre tan llanas. He aquí, tal como yo las veo, las principales formas en que la situación conflictiva puede presentarse:

a. *Discrepancia sobre el modo de la curación*

La sociedad exige el pronto restablecimiento del enfermo, o al menos el rápido retorno a su tarea social, al paso que el enfermo no quiere reintegrarse a su función sin hallarse totalmente restablecido. Pensemos en el jefe de Estado urgido por una situación política grave, en el general en campaña, en un insustituible capitán de empresa. En tales casos, ¿qué deberá hacer el médico: buscar el alivio pasajero del enfermo por la vía más expeditiva, aunque ésta sea peligrosa, o hacer caso omiso de la conveniencia de la sociedad?

b. *Dilema «tratamiento o muerte»*

La sociedad o el Estado exigen o desean que el enfermo o se restablezca, o incluso que muera; frente a uno y otra, el enfermo desea la salud. Platón quería para su ciudad ideal un cuerpo médico que «cuide de los ciudadanos de buena salud anímica y corporal, pero que deje morir a aquellos cuya deficien-

cia radique en sus cuerpos y condene a muerte a quienes tengan un alma naturalmente mala e incorregible» (*Rep.* III, 409e-410a). Más cerca y más lejos de nosotros que Platón, el Estado nazi decretó un día, invocando el bien del pueblo, que murieran *manu medica* millares de enfermos mentales. No es preciso llegar a tan monstruosas aberraciones. Si un médico atiende la neumonía de un *gangster* y sabe que la prolongación de la enfermedad puede evitar la muerte de una persona, ¿empleará la penicilina para curar en veinticuatro horas al paciente?

c. *El secreto médico*

La sociedad o el Estado exigen conocer con precisión lo que el enfermo tiene, y en consecuencia que el médico expida el correspondiente «certificado». El enfermo, por su parte, pide al médico sigilo sobre su enfermedad. ¿Será siempre fácil resolver el problema moral que plantea esa colisión de derechos?

3. Conflicto entre la consideración objetiva y la consideración personal del enfermo

Hagamos abstracción de los deberes sociales a que médico y enfermo se hallen sometidos, y consideremos tan sólo la relación cuasi-diádica entre uno y otro. En el diagnóstico y en el tratamiento, ¿a qué dará el médico mayor importancia: a lo que en el paciente es objetividad somática o a lo que en él es subjetividad psíquica? En la inmensa mayoría de las enfermedades se impondrá de manera incuestionable el primer término del dilema; en algunos casos deberá prevalecer el segundo. Pero en todos habrá que establecer –problema a un tiempo técnico y ético– la proporción respectiva de uno y otro. Prescindir de la psicoterapia por negligencia o por prisa puede en ciertos casos ser éticamente tan grave como olvidar en otros la exploración de los reflejos pupilares o la pesquisa de hemorragias ocultas en las heces.

4. Conflicto entre la declaración y la ocultación de la enfermedad

No sólo en relación con la sociedad y el Estado puede hacerse problema el secreto médico; también en no pocos casos más. Sabemos, en efecto, que el juicio diagnóstico adquiere su acabamiento cuando se hace saber compartido; la declaración del estado de enfermedad –al paciente mismo, a su familia, a su empresa, a la administración pública– pertenece constitutivamente a la relación médica. Mas, por otra parte, hay ocasiones en que un conocimiento preciso de su situación puede perjudicar al enfermo, va contra su bien. En mi opinión, el médico debe decir al paciente toda la verdad que convenga a su bien natural (el logro de la salud) y a su bien personal (el destino último de su existencia, tal como sus creencias lo entiendan); no debe pasar de ahí. ¿Cómo? ¿Hasta dónde llega la tolerancia de un enfermo respecto de la verdad acerca

de su estado? ¿Qué verdades pueden favorecerle, cuáles le pueden dañar? ¿De qué modo pueden ser mutuamente armonizados el bien de su naturaleza, para el cual acaso le convenga no oír hablar de su muerte, y el bien de su persona, que en determinados casos exigirá la clara conciencia del riesgo de morir?

5. Conflicto entre el deber de asiduidad y el deber de distanciamiento

La buena relación terapéutica exige cierta asiduidad por parte del médico, tanto para advertir a tiempo las mudanzas espontáneas en el curso de la enfermedad, como para vigilar el efecto de las prescripciones y para aprovechar la favorable acción de su presencia ante el enfermo. Mas, por otra parte, esa asiduidad debe estar regulada por cierto distanciamiento. Así lo exigen de consuno la conveniencia de que el enfermo, una vez ayudado por el médico, por sí mismo contribuya a la reconquista de su salud, la necesidad –no sólo económica, también social– en que el médico se ve de atender a otros enfermos y el deber de no suscitar y no cultivar viciosamente fenómenos de transferencia. Todo lo cual posee un evidente carácter conflictivo y ético.

6. Conflicto entre el poder y el deber

La técnica es tanto un saber hacer como un poder hacer, y la del médico no es excepción a esta regla. Mucho es lo que hoy puede el médico, en cuanto técnico de la medicina: mediante ciertas drogas o sólo con recursos psicoanalíticos, puede penetrar en la intimidad del paciente, y en cierta medida gobernarla; sin riesgo excesivo, puede acceder quirúrgicamente a los más recónditos parajes del cuerpo humano; puede paralizar el sistema nervioso central o agitarlo convulsivamente; en ciertos casos, puede prolongar casi *ad libitum* la existencia de quienes sólo vegetativamente viven. ¿Deberá hacer en cada caso todo lo que en él puede hacer? Las posibilidades exploratorias o terapéuticas de una determinada técnica más o menos peligrosa, ¿hasta qué punto llegan a justificar realmente su aplicación en el caso de que se trate? De nuevo la respuesta deja de ser puramente técnica, de nuevo se hace, además de técnica, moral. Porque el médico actual –glorioso reverso de lo que el progreso científico concede– puede bastante más de lo que debe.

7. Conflicto entre la moral del médico y la del enfermo

Para el enfermo puede ser enteramente lícito recurrir a la eutanasia, y para el médico, no. Una mujer, plenamente convencida de que tiene derecho a ello, pide que la haga abortar a un médico para quien el embrión o el feto tienen derecho a la vida. Ante tales situaciones, no serán infrecuentes los casos en que la concreta realidad plantee delicados problemas deontológicos.

8. Conflicto entre la apetencia del lucro máximo y la obligación del lucro justo

Hay ocasiones en que el médico actúa de buen grado sin afán de lucro; así atiende a los miembros de su familia y a sus amigos, y así debe atender a los enfermos pobres. Pero tan pronto como su actividad se hace técnica social, profesión, en ella tiene que ser parte un aspecto económico. ¿Cómo regularlo, cómo el médico deberá establecer la cuantía de sus honorarios? Y sobre todo, ¿cómo la percepción de honorarios y la relación contractual inherente a ella –«Yo te atiendo y tú me pagas; yo te pago y tú me atiendes»– pueden compaginarse con la regla antropológica tan constantemente repetida por mí: que, cuando es lo que debe ser, la relación médica tiene su fundamento en la amistad? (2).

Dos normas éticas deben presidir tan vidrioso empeño, una tocante a la decisión del médico y relativa la otra a su moderación.

Demostrará el médico que procede en su práctica movido en *última instancia* por una razón de amor y vocación cuando, puesto en el trance de decidir, sepa renunciar a sus honorarios. Tal será el caso:

1.º Cuando por la dignidad de una profesión que ama y respeta y por su propia dignidad desista de pleitear con el paciente en defensa de la remuneración a que tiene derecho.

2.º Cuando, requerido por alguien que no puede pagar lo que él habitualmente percibe, sepa no rehusar su ayuda técnica.

3.º En cualquier evento, cuando su conducta médica no sea diferente ante el enfermo que le paga y ante el que no le paga.

Mas para la adecuada calificación de su comportamiento moral no basta la consideración de los casos-límite. Hay personas, en efecto, que con su esporádica abnegación en un caso extremo tratan de justificar todo lo que habitualmente hacen, incluidos los abusos. Sin la observancia habitual de una decorosa moderación en la fijación de honorarios –moderación regida por muy diversos motivos: nivel técnico del médico, nivel económico del paciente, hábitos imperantes en la sociedad a que se pertenece, modo de la asistencia prestada–, el comportamiento generoso en los casos de excepción no tendrá suficiente valor justificativo.

9. La regla de oro y sus tres principios

Los apartados precedentes muestran algunos de los más importantes conflictos que plantea al médico su relación con el enfermo. ¿Cómo resolverlos?

(2) El problema de los honorarios del médico cuando su práctica tiene como marco la asistencia social, será examinado en el capítulo subsiguiente.

La aplicación de la regla de oro de la deontología médica –el servicio al bien del enfermo– puede presentar en la práctica muy delicadas complicaciones, que no debo tratar aquí. Pero acaso no sea inoportuno indicar que la procura del bien del enfermo sólo será moralmente satisfactoria cuando se ajuste a estos tres principios:

1.° Principio de la *máxima capacidad técnica:* alcanzar ésta, dentro de las dotes personales del médico y de las posibilidades que ofrezca su medio.
2.° Principio de la *obra bien hecha:* hacer del mejor modo posible lo que técnicamente se debe hacer.
3.° Principio de la *autenticidad del bien:* cuidadoso atenimiento al bien natural y al bien personal del paciente.

Un médico celoso de su capacidad técnica, exigente respecto a la calidad de su asistencia y exquisitamente atento al bien de la persona que trata será siempre, en el más genuino sentido del término, un médico moral.

10. Deberes del enfermo

A los deberes del médico respecto del enfermo corresponden los deberes del enfermo respecto del médico. En tres sencillas palabras pueden cifrarse: lealtad, confianza y distancia. Lealtad para declarar al médico todo lo concerniente a la enfermedad, aun cuando no haya sido expresamente interrogado acerca de ella. Confianza o, de modo más preciso, voluntad de confianza, que en primer término se manifestará, cuando la elección de médico sea posible, no convirtiendo en veleidad el paso de un médico a otro; y su mejor expresión será la obediencia participativa de que antes hablé. «El enfermo que no sabe ser paciente –escribió Marañón– disminuye sus posibilidades de curarse... Obedecer al médico es empezar a curarse.» Distancia, en fin: una afectuosa distancia, que en los tratamientos prolongados evitará la conversión de la transferencia útil en transferencia viciosa.

III. ETICA MEDICA Y RELIGION

Si el médico es verdaderamente reflexivo, una u otra vez habrá de preguntarse por la fuente de donde nacen sus deberes profesionales. Se planteará, por tanto, tres graves problemas: si su saber técnico puede o no puede ser el fundamento de su deber moral; si éste no depende más que de una convención social, variable con el tipo de sociedad y con el tiempo, o si se funda en principios trascendentes a cualquier situación; en definitiva, si existe o si no existe alguna relación entre la ética médica y la religión.

¿Existe, puede existir una ética médica puramente «natural», exclusivamente emanada, por tanto, de lo que «por naturaleza» son el médico, el enfer-

mo y la relación entre ellos? El imperativo moral de procurar el bien del enfermo, ¿puede ser reducido a mandamientos pura y exclusivamente fundados en las exigencias de la naturaleza humana, válidos, en consecuencia, para todos los tiempos y todos los hombres? A primera vista, sí. Tratar al enfermo con los mejores recursos de que se disponga, «favorecer y no perjudicar», según el famoso precepto hipocrático, es una norma técnica y ética de validez intemporal. Pero, como hemos visto, esa norma se problematiza tan pronto como el médico reflexivo tiene que preguntarse en concreto por el contenido real de su acción favorecedora. No. Pese a lo que en ocasiones parezca indicar su primera apariencia, los deberes del hombre no son nunca «puramente naturales», cualquiera que sea la idea que de la naturaleza humana se tenga.

Los más radicalmente «naturalistas» de todos los pensadores, los antiguos griegos, así tuvieron que advertirlo al estudiar la relación entre *phýsis* (naturaleza) y *nómos* (convención). Pocos lo vieron más clara y profundamente que Demócrito. Como en todos los seres vivientes, en el hombre actúan los impulsos de la naturaleza; pero un impulso –enseña el filósofo de Abdera– no es verdaderamente humano si su «naturalidad» no ha sido configurada por *nómoi* o convenciones sociales, como la de pensar, si del impulso sexual se trata, que la descendencia es ventajosa o, por el contrario, que conviene no tener hijos. De ahí la necesidad de distinguir unas de otras las varias tendencias de la naturaleza, porque las hay profundas e inexorables y superficiales y aparentes, y entre éstas unas que convienen y otras que dañan. Tal sería el fundamento de la necesaria reforma de la naturaleza propia –educación, vencimiento de sí mismo– que a una exigen la prudencia y la virtud. En suma: la concepción «nómica» del deber indica que ni siquiera para los griegos –al menos, para los pensadores griegos más profundos– pudo ser pura *physiología* el saber ético. ¿Habrá en el *nómos*, entonces, algo constitutivamente trans-natural? Tal fue una de las aporías del radical naturalismo helénico.

Muy lejos de él, pero con el firme propósito de no rebasar los límites de la mera razón, Kant afirmará que el hombre debe ser lo que naturalmente no es y no tiende a ser. El deber puede coincidir materialmente con la tendencia natural, pero es formalmente distinto de ella, y no son pocos los casos en que la contraría. En tanto que «ente moral», el hombre sería de alguna manera innatural o trans-natural. La ética se funda en la libertad y en la responsabilidad, y no puede ser reducida a la física. El «pre» de la «preferencia» trasciende el ámbito de la «ferencia», dirá Zubiri.

Basta tan sumario apuntamiento para advertir que la ética médica es y no puede no ser trans-natural, que sus preceptos no pueden surgir exclusivamente de «la naturaleza de las cosas». Cierto: «algo» natural tiene que haber en esos preceptos, porque el bien del enfermo, la salud, es básicamente un hábito de la naturaleza del sujeto; pero no «todo» puede ser natural en ellos. En el caso de la salud, el hecho de que ésta no sea plenamente humana sin la respuesta a un «para qué».

En tal caso, ¿de dónde procede lo que convierte ese «algo» en este «todo»? ¿Qué es lo que da fundamento y acabamiento trans-naturales a los preceptos

de la ética médica? Ese fundamento y ese acabamiento se hallan en las convenciones sociales que modulan las tendencias naturales del hombre, dirían a una Demócrito y Durkheim. Más radical que ellos, sin negar, por tanto, la eficacia de tales convenciones, yo me atrevo a proponer otra respuesta: lo que da su último fundamento y su primera fuente a la ética médica son las creencias del médico y el enfermo acerca de la realidad y el sentido de la existencia humana; en definitiva, las creencias religiosas de uno y otro, llámense cristianismo, judaísmo, mahometismo, budismo, deísmo o ateísmo. Tesis ésta que suscita muchos y graves problemas, en cuyo examen no puedo entrar aquí (3).

(3) Siquiera sea muy concisamente, debo exponer aquí el perfil y la estructura del que entre tales problemas me parece básico y central, el relativo al fundamento común de *todas* las éticas médicas –formalmente religiosas, deístas, ateas o agnósticas– que en la historia han sido formuladas y *puedan formularse*.

La instalación del hombre en la realidad puede ser y es con frecuencia no más que penúltima; hállase en consecuencia sólo atenida a lo que empírica y cotidianamente la realidad ofrece e impone: *trabajo, diversión, vida familiar, vida política*, etc. Mas *tan pronto como el hombre, cualquier hombre*, vive en su existencia una vicisitud que le obliga a situarse ante lo que en ella es último, y por tanto a considerar el sentido de toda ella –riesgo de muerte, mudanza en las creencias básicas, nacimiento o *extinción de una vocación hondamente sentida, meditación filosófica o religiosa acerca de la vida humana* y de la vida propia–, inmediatamente descubre en sí mismo el radical «poder de la realidad», la secreta fuerza que sin cesar le impele a tomar posición ante lo que el todo de la realidad es para él o, más radicalmente, ante lo que la realidad en sí misma es; en definitiva, ante el fundamento último de lo real. A esta constitutiva radicación de «mi» realidad en «la» realidad, surgida en la evolución del cosmos con la conversión del «animal de estímulos» en «animal de realidades», que esto fueron desde su origen los primeros hombres, ha llamado Zubiri «religación». El hombre puede ser ciego para ella, como en su vida cotidiana lo es para las notas esenciales de su realidad propia, y puede vivir habitual o reflexivamente instalado en algunos de los modos históricos y sociales –religiones positivas, ateísmo, agnosticismo– de realizarse el atenimiento a la ultimidad de lo real; pero desde cualquiera de tales actitudes puede penetrar reflexivamente en sí mismo y descubrir su esencial condición de *ens religatum*, el hecho de que existir en la realidad lleva esencialmente consigo la religación a lo que da a ésta último fundamento.

Los hábitos psicológicos de nuestra tácita o expresa convicción de vivir en la realidad, de ser para nosotros realmente «real», valga la redundancia, lo que nuestra experiencia nos ofrece –cosas, personas– y nuestro menester de fundamento exige –la firme o vacilante conciencia de hallarnos implantados en algo real y efectivamente último, cualquiera que sea el modo de entender tal ultimidad– son, recuérdese, la creencia, la esperanza y el amor. Es para mí real la amistad de un amigo, valga este ejemplo, porque, apoyado en lo que de mi amigo veo y oigo, creo en ella, espero de ella, y amo lo que para mí ella es. Otro tanto debe decirse del atenimiento a la ultimidad de lo real y de las varias actitudes –creencia, duda o descreencia, esperanza, temor o desesperanza, amor, desamor u odio–, que ante ella han adoptado los hombres. Sólo sobre este fundamento antropológico y metafísico puede ser rectamente planteado el problema que un viejo epígrafe cristiano, *de vera religione*, necesariamente suscita.

Todo lo cual nos permite entender con alguna precisión lo que sumarísimamente queda apuntado en las páginas precedentes: 1.º Que, en cuanto acto humano, el acto médico es constitutivamente moral, y como tal aparecerá ante los ojos del médico cuantas veces lo practique de manera LO rutinaria e irreflexiva. 2.º Que la cabal intelección de dicha moralidad exige la referencia del acto médico al modo como viva su realidad el hombre quien lo ejecuta, y desde ella entienda su esencial religación con el *fundamento de todo lo real*. 3.º Que *la estimación moral de un acto médico obliga a tener en* cuenta, ante todo, la relación acorde o conflictiva entre el modo como el médico entiende la moral de su profesión, y por tanto su personal religación al fundamento de lo real, y el modo como el enfermo conciba la realidad y el *sentido de su vida*. 4.º Que, *en consecuencia, sólo elaborados desde este punto* de vista pueden alcanzar verdadero arraigo social los códigos en que la deontología médica cobra expresión concreta.

Como un espejo de la multiplicidad y la gravedad de los problemas morales que la medicina actual viene planteando, la bibliografía de la ética médica es hoy punto menos que inabarcable. Como punto de referencia, véase la *Encyclopedia of Bioethics* publicada por la Georgetown University, de Washington (The Free Press, New York, 1978).

CAPITULO 6

El momento social del acto médico

La atribución de un básico carácter social a la relación médica ha sido un suceso determinado por la índole del mundo en que desde hace más de un siglo vivimos los hombres de Occidente; mundo en el cual el hegeliano «espíritu objetivo» –en definitiva, la socialización y la organización racional de la vida– tan enorme vigencia real ha logrado. Por supuesto que en la génesis de ese suceso ha tenido parte muy eficaz la percepción de aquel carácter; pero la condición social del acto médico pertenece por esencia a su estructura y ha existido, en consecuencia, en todas las situaciones históricas. ¿Cómo?

Para responder adecuadamente, no será inoportuno reiterar una interrogación implícita en páginas anteriores: ¿en qué medida es y no es social la relación entre el médico y el enfermo? Dos actitudes pueden ser discernidas ante esta pregunta. Los individualistas, en efecto, tenderán a destacar la condición relativamente privada que en ocasiones reviste esa relación. No pocas veces he glosado yo, como ejemplo sumo de esta actitud, una frase atribuida a Schweninger, prestigioso internista en el Berlín bismarckiano: «Cuando veo a un enfermo, él y yo estamos como en una isla desierta». Movidos por la acusada contextura social que en tantas otras ostenta, especialmente desde hace un siglo, los sociólogos a ultranza, en cambio, subrayarán lo que de social tiene, e incluso verán esa relación sólo como un capítulo de la sociología médica. Dos extremos, entre los cuales se halla la verdad. Porque la relación médica, que es siempre social, no es *toda ella* social; o al menos puede no serlo.

Entre el dúo de la relación de camaradería y la díada de la relación de amor hállase, veíamos, la cuasi-díada del consejo, la educación y la relación médica. La relación del dúo es por completo social. Cuando plenamente se actualiza –cuando entre sí se comunican amorosamente la madre y el hijo, el amante y la amada, el amigo y el amigo–, la relación de la díada es interpersonal, por tanto trans-social o sobre-social, en definitiva «sólo entre tú y yo». Es cierto que el lenguaje que hablan y el indumento que visten socializan a la madre y el hijo, al amante y la amada, al amigo y el amigo; pero la mirada coefusiva con que en ciertos momentos se comunican uno y otro trasciende esen-

cialmente toda socialidad. La relación cuasi-diádica, en fin, alcanza su máxima socialidad en la asistencia médica. Esto, sin embargo, en modo alguno excluye la existencia de momentos excepcionales –en la anamnesis, cuando el enfermo confía algo al médico que es «sólo para él» y «sólo» por la confianza que su persona le merece, y en ciertas situaciones de la cura psicoterápica– en los cuales la relación entre médico y enfermo pierde su habitual socialidad y se hace estrictamente interpersonal. Sólo entonces se cumple realmente el *desideratum* de Schweninger antes mencionado. Por esto y sólo por esto puede ser llamada cuasi-diádica dicha relación.

Haciendo caso omiso de tales momentos, veamos ahora cómo se constituye la condición social de la vinculación entre el médico y el enfermo.

I. SOCIALIDAD DE LA RELACION MEDICA

Resueltamente afirmado por Salomón y Virchow, ya en los decenios centrales del siglo pasado, el carácter social de la medicina ha sido cada vez más estudiado desde entonces, hasta dar lugar a la constitución de una nueva disciplina en el *corpus* de los saberes médicos: la Sociología médica (*medical Sociology* y *Sociology of Medicine* de los autores americanos, *soziologische Medizin* de Th. von Uexküll, *Medizin-Soziologie* de R. König). Dos son sus principios básicos: primero, que toda la medicina, no sólo su práctica asistencial, tiene una estructura social, y que por consiguiente debe ser estudiada desde varios puntos de vista, el puramente sociológico, el económico-social, el político-social y el ético-social; y segundo, que el conocimiento de esa estructura puede y debe ser científico, aunque según un tipo de ciencia distinto del que rige en los laboratorios de bioquímica o de medicina experimental. Es de justicia reconocer la decisiva parte que en esta breve y reciente historia ha tenido la *Soziale Pathologie* de Grotjahn.

Sería aquí impertinente una exposición sumaria del contenido de esa nueva disciplina médica. No lo es, en cambio, un breve examen de las razones por las cuales es social, humanamente social, la relación del médico con el enfermo. Tres puntos deben ser discernidos: la consistencia social de la enfermedad en su realidad concreta, la condición social del médico en tanto que médico y la formalidad social de su vinculación con el paciente.

1. Consistencia social de la enfermedad

Son en sí mismos sociales la causa de enfermedad, el sentimiento de ella y la configuración del cuadro sintomático.

a. *Causa de la enfermedad*

Como si todo lo que acabo de apuntar no hubiese sucedido, buena parte de los tratados de patología especial siguen describiendo la etiología de las enti-

dades morbosas como si todo en ella fuese «agente externo» (germen patógeno, veneno, agente físico) y «terreno» (receptividad mayor o menor del individuo, según su edad, su sexo, su raza y su constitución individual). Contra esa limitación es preciso afirmar enérgicamente que por ser el hombre en su realidad misma ente social, humanamente social, *todas las determinaciones causales* de la enfermedad humana se hallan esencialmente afectadas por tal condición.

Contemplemos con cierta atención la *causa externa* del proceso morboso. ¿Cómo no advertir la constante frecuencia de un factor social en la etiología de las más diversas enfermedades: infecciosas, alérgicas, por desgaste, traumáticas, tumorales, hereditarias o neuróticas? Un solo dato, relativo a las neoplasias. La génesis de un tumor maligno, ¿es un evento de índole puramente individual? Así lo hacen pensar ciertas descripciones didácticas. Pero la investigación estadística de los últimos decenios ha demostrado una y otra vez la existencia de una secreta relación entre la frecuencia de la morbilidad tumoral y la clase social a que el sujeto pertenece: el cáncer de estómago es más frecuente en las clases económicamente bajas; los cánceres de colon y recto, en las clases económicamente elevadas; el cáncer de pulmón y el de cuello uterino, en las clases inferiores; el de mama, en las altas. ¿Por qué todo esto? La investigación de mañana lo irá diciendo. Por el momento, algo es seguro: que en la causa externa de la enfermedad, incluso cuando menos lo parece, opera un componente inequívocamente social.

La causa dispositiva o interna de toda enfermedad reside en la constitución individual del sujeto y en las modificaciones que sobre ella hayan impreso las vicisitudes de su biografía. Pues bien: todo en dicha causa posee carácter social, aunque no todo en ella sea social.

Tres momentos integran la causa dispositiva: uno génico, otro gestativo y otro educacional.

Aunque primariamente biológico, el «momento génico», lo que en el sujeto hay por haber recibido el legado genético de las estirpes paterna y materna, no deja de ser social. ¿Acaso no es *también* social el concepto de estirpe? Un genealogista ingenioso ha puesto de relieve que todos los europeos actuales tenemos en nuestro organismo una partecita de Carlomagno. Por otra parte, a la vez ambiental y social tuvo que ser el impulso que cuando fuera dio origen a la mutación génica determinante de las anomalías y las peculiaridades estrictamente hereditarias.

Doy el nombre de «momento gestativo» de la constitución individual al que pone en ella la doble gestación por que atraviesa el ser humano, la uterina y la social. Los nueve meses de útero materno –durante los cuales pueden producirse en el embrión «lesiones germinales» capaces de afectar a lo que *lato sensu* venimos denominando constitución individual– no son suficientes para dar al recién nacido la inicial madurez exigida por la realidad del mundo a que nace. El zoólogo Ad. Portmann ha estudiado la inmaturidad natal del individuo humano y ha propuesto dar el nombre de «útero social» al entorno protector y conformador que rodea al niño durante los primeros meses de su existencia

extrauterina. Bien conocidos por todos son los resultados a que ha conducido la investigación clínica, biológica, psicológica y antropológico-cultural que sobre este hecho (Spitz, Silvia Brody, Sullivan, Bowlby, Ruth Benedict, Rof Carballo).

Pero el troquelado de la constitución individual prosigue por obra de su «momento educacional», constituido por las vicisitudes biológicas y biográficas (educación en sentido estricto, alimentación, enfermedades, vida familiar) a que el individuo humano se halle sometido en su constante relación con el mundo que le rodea. La educación es por esencia «fisiopoética», engendra naturaleza, escribió Demócrito.

En definitiva: aunque sea terminativamente individual la constitución psicoorgánica, no por eso deja de ser genética y estructuralmente social; y como ella, la causa dispositiva de la enfermedad.

b. *El sentimiento de enfermedad*

No menos evidentes son las cosas en la génesis y en la estructura del *sentimiento de enfermedad*. Su acusado carácter social, tan claramente perceptible en lo que páginas atrás quedó dicho, viene confirmado por el examen estadístico de la «llamada al médico». Freedman y Hollingshead y Hollingshead y Redlich han demostrado que la frecuencia de esa llamada varía en cada especie morbosa con la situación social del paciente. El también norteamericano Braun encontró que por cada defunción hay 1.200 alteraciones triviales de la salud, y que de los sujetos que las padecen sólo un centenar acuden al médico. Y estudiando la llamada al médico por causa de enfriamiento, Summerskill y Darling han visto que, entre los estudiantes de la Cornell University, los judíos y los alumnos de la Facultad de Economía son quienes más frecuentemente lo hacen.

Por razones distintas pues, hemos podido observar que la relatividad sociocultural de los conceptos de salud y enfermedad, tan patente entre los pueblos «primitivos», perdura en nuestras sociedades más «civilizadas».

c. *El cuadro sintomático*

No sólo la causación de la enfermedad y el sentimiento de padecerla se hallan socialmente condicionados; también lo está la *configuración del cuadro sintomático*. La tesis de Marañón, según la cual la úlcera de estómago no es la misma enfermedad en un segador y en un profesor de filosofía, debe ser ampliada a toda posible dolencia y a todo género de contrastes sociales. Los estudios de Hollingshead y Redlich (enfermedades psiquiátricas), Ruesch y Bowman (enfermedades crónicas no psiquiátricas) y García-Sabell (modo de enfermar el hombre gallego) pueden ser citados como ejemplos fehacientes. El grupo social, la clase, la profesión y la cultura tienen parte, muy considerable a veces, en la configuración del cuadro clínico.

2. Socialidad del médico

Basta una rápida mirada a lo que en su realidad concreta es la práctica de la medicina, para advertir cómo la configuran dos motivos pertinentes a lo que es social en el modo de ser médico. Por un lado, la formación técnica, tan distinta en virtud de razones estrictamente sociales (lugar de la formación, nivel científico del centro, etc.). Por otro, la manera de encarar y entender el ejercicio profesional, tan dependiente de la mentalidad (médicos de ideología burguesa y de ideología proletaria; actitudes más o menos científicas, económicas, funcionariales y vocacionales ante ese ejercicio) y de las condiciones en que lo realiza (consultorio privado, seguro de enfermedad, etc.).

3. Socialidad de la relación médica

La cuasi-díada que es la relación entre el médico y el enfermo se realiza necesariamente dentro de un contexto social. Todo lo que en el curso de esa relación acontece (vinculación afectiva, diagnóstico, tratamiento) se halla fuertemente condicionado, en consecuencia, por lo que tal contexto sea, y de ahí la necesidad de estudiarla desde un punto de vista formalmente sociológico. Puestos en él, veamos cómo la relación médico-enfermo se socializa desde fuera y desde dentro de ella.

a. *Socialización desde fuera*

Varios sociólogos y médicos han elaborado esquemas conceptuales para entender la *socialización desde fuera*, esto es, desde la sociedad que la rodea, de la relación entre el médico y el enfermo. Descuella entre ellos el propuesto por Talcott Parsons, ya mencionado en páginas anteriores.

En el sistema social, cada proceso de interacción se halla relacionado con los demás según el *status* (lugar de instalación en la sociedad, posición en ella) y el *rol* (papel desempeñado en esa instalación) de los que lo ejecutan; y el rol debe ser referido al conjunto de «expectativas institucionalizadas» que frente al sujeto operan dentro de la sociedad en cuestión (esto es: a lo que la sociedad normalmente espera de él para no considerarle anómalo). Pues bien: ¿cuáles son las expectativas institucionalizadas que en nuestra sociedad corresponden al enfermo y al médico?

Cuatro componen, según Parsons, el rol del enfermo:

1.ª Este queda libre, mientras lo está, de las obligaciones sociales inherentes a los varios roles que en estado normal desempeñaba dentro del sistema.

2.ª No puede librarse por sí mismo de la enfermedad.

3.ª Está obligado a querer curarse.

4.ª Está asimismo obligado a solicitar ayuda médica y a cooperar, al servicio de su salud, con el médico que la presta.

De ahí, por vía de reciprocidad, las expectativas de la sociedad respecto del médico: éste debe liberar al enfermo de sus responsabilidades sociales, aceptar la no responsabilidad del paciente respecto a su condición de tal, acoger la voluntad de curación del enfermo y dirigir técnicamente la empresa de curarle.

Ahora bien: el cumplimiento de todas estas obligaciones sociales del médico se halla factualmente regido por su modo de situarse en su práctica ante varios dilemas. El médico, en efecto, debe elegir:

1.° Entre la orientación hacia la colectividad y la orientación hacia sí mismo.

2.° Entre el universalismo y el particularismo.

3.° Entre el atenimiento a condiciones previas (por ejemplo: las dependientes de la familia a que el enfermo pertenece) y la exclusiva consideración del rendimiento social.

4.° Entre una orientación de su práctica funcionalmente difusa (generalismo) y otra funcionalmente específica (especialismo). Dentro de la sociedad civilizada actual, el médico debe ser efectivamente neutro, orientarse hacia la colectividad, optar por el universalismo, atenerse al rendimiento y actuar con especificidad funcional.

Con observaciones y críticas de detalle (1), el esquema de Parsons ha sido en general bien acogido. Según él, ¿qué deberá ser, sociológicamente considerada, la relación médica? Evidentemente, el resultado del mutuo engarce entre las expectativas institucionalizadas del enfermo y las del médico. Si unas y otras son las vigentes en la sociedad a que ambos pertenecen, la relación entre ellos será sociológicamente adecuada; en otro caso será defectuosa y se constituirá en fuente de conflictos sociales y hasta de desórdenes iatrogénicos. Evidente. Pero las exigencias que descubre el análisis sociológico de la relación médica, ¿agotan realmente lo que ésta es, cuando plenamente se constituye?

b. *Socialización desde dentro*

No sólo desde fuera, desde la sociedad misma, es social la relación médica; también lo es *desde dentro de ella*, desde el conjunto bipersonal que forman el médico y el enfermo. ¿Qué significación *social* posee el hecho de ser *médica* la cuasi-diada en que tal relación cobra realidad concreta? El conjunto unitario que forman un yo y un tú –la «bipersonalidad», en el sentido de P. Christian; la relación dual, diádica o cuasi-diádica entre dos hombres, según mis propias precisiones– tiene su fisiología, su psicología y su patología. Llámesela «comunicación afectivo-vegetativa», con von Ditfurth, o «urdimbre afectiva», con Rof Carballo, la vinculación con los otros que empezó a constituirse en los primeros días de la vida extrauterina es de algún modo necesaria para la normalidad del individuo humano. Cuando falta o es muy escasa, puede ser causa coadyu-

(1) Una exposición de ellas puede verse en *La relación médico-enfermo*.

vante de enfermedad (hospitalismo infantil, tuberculosis pulmonar, ulcus gástrico, desórdenes neuróticos o psicóticos). Cuando existe con normalidad, actúa de modo protector y roborante. Pues bien: la relación con el médico, sobre todo en las enfermedades crónicas y en las neurosis, cumple en la vida del paciente un papel que sólo mediante un atento análisis de su biografía podrá ser íntegramente entendido. Otro modo de ser social, además de amistosa, la cuasidíada que forman el médico y el enfermo.

c. *Relación médica y sociedad*

Condicionada desde fuera y desde dentro de ella, *la relación médica* es en *sí misma social;* cuasi-díada social puede ser llamada. No será inútil mostrarlo examinando cada uno de los momentos que la integran.

El encuentro entre el médico y el enfermo y la subsiguiente *exploración clínica* son siempre actos sociales. La índole del ambiente que da marco al encuentro y a la exploración, la intervención visible o invisible de «los otros», el carácter lícito o ilícito que técnica, ética y socialmente posee toda maniobra exploratoria, los recursos con que ésta haya de ser ejecutada, ciertas expectativas más o menos institucionalizadas en el medio social (por ejemplo, el prestigio de los rayos X); he aquí algunos de los principales modos de la presencia de la sociedad en la constitución de la relación médica.

El condicionamiento social de la *vinculación afectiva* entre médico y enfermo quedó patente en el capítulo a ella dedicada. Otro tanto cabe decir respecto del *diagnóstico,* que siempre es con-saber cuando plenariamente se realiza; «con» de cuya estructura en alguna medida forma parte la sociedad: el enfermo mismo, en tanto que ente social y no sólo como persona a la que amistosamente se hacen confidencias, los «otros» próximos al enfermo, los «otros» remotos e innominados (una empresa, el Estado, una institución administrativa).

También han sido indicados los motivos que hacen social la ejecución del *tratamiento médico,* tanto por la intervención de los «otros próximos» que técnica o familiarmente colaboran en la ejecución de las prescripciones terapéuticas, como por la callada eficacia de los «otros remotos» e innominados, de la sociedad. Esta, en efecto, condiciona real y efectivamente la terapéutica de muy varios modos: porque el enfermo pertenece a una clase social determinada (pese a todo lo que consigo ha traído la socialización de la asistencia médica, todavía perdura algo de la vieja distinción entre la «medicina para ricos» y la «medicina para pobres»); por la eficaz presión que la propaganda de las casas productoras de medicamentos ejercen sobre el médico y sobre el paciente; porque bajo forma de institución asistencial (hospital, grupo terapéutico) la sociedad misma ejerce una acción favorable o nociva sobre la eficacia del tratamiento; porque todo remedio suele ser placebo, a la vez que recurso objetivamente eficaz, y el prestigio del remedio posee carácter social; porque la más o menos complicada rehabilitación que la definitiva curación exige, siempre tiene como meta la reinstalación del sujeto en la sociedad.

En suma: la relación médica es constitutivamente social. Junto a instancias de índole «personal», en el sentido más propio de esta palabra, operan en ella instancias de carácter «social». Juntas ambas determinan el tipo y la concreta realidad de esa relación.

Tal vez no sea inútil mostrar ahora, en forma de cuadro sinóptico, los principales motivos que intervienen en la socialización de acto médico:

A. Relativos al enfermo:
   1. Motivación de la llamada al médico:
      a) Intervención de los «otros próximos».
      b) Intervención de los «otros remotos».
   2. Factores sociales en la génesis del sentimiento de enfermedad.
   3. Factores sociales en la respuesta a la enfermedad.

B. Relativos al médico:
   1. Formación técnica.
   2. Mentalidad social.
   3. Modo social de entender y ejercer la profesión.

C. Relativos a la relación médica en cuanto tal:
   1. Marco social del encuentro.
   2. Expectativas institucionalizadas del medio social.
   3. Momentos sociales de la cuasi-díada médico-enfermo.

II. LA SOCIALIZACION DE LA ASISTENCIA MEDICA

Varios rasgos dan su peculiaridad a la medicina actual: la molecularización del saber científico-natural del médico, la personalización diagnóstica y terapéutica del enfermo, la socialización de la asistencia médica, la creciente automatización del diagnóstico, la lucha por la prevención de la enfermedad, la esperanza de mejorar técnicamente la naturaleza humana y la concepción ecológica del papel del médico (2). Más o menos acusadamente, en todos ellos –o en su correspondiente aplicación clínica– es perceptible un aspecto social; pero de modo eminente, como es obvio, en la socialización de la asistencia médica. No será inoportuno, pues, estudiar sumariamente cómo tal socialización se ha constituido y cómo se expresa, antropológicamente considerada, en la configuración de la relación médica.

1. La rebelión del sujeto

En la «introducción del sujeto en la medicina» –la personalización del enfermo, en mi enumeración precedente– vio von Weizsäcker el rasgo más ca-

(2) Sobre la peculiaridad histórica de la medicina actual, véase mi libro *La medicina actual* (Madrid, 1973), del cual es complemento el estudio que sirve de prólogo a *Estudio sociobiográfico de la Medicina. Pasado, presente y futuro* (Madrid, 1982).

racterístico de la medicina del siglo XX. Que junto a él haya otros, y más a los cincuenta años de haber sido formulado ese aserto, dicha enumeración lo muestra. Pero lo que ahora nos importa no es tanto completar el juicio weizsäckeriano como entender histórica y antropológicamente la génesis y las consecuencias clínicas y sociales del evento a que se refiere.

A mi modo de ver, la «introducción del sujeto» fue parte de una no deliberada respuesta al hecho histórico-social que yo he propuesto llamar «rebelión del sujeto». En efecto: durante la segunda mitad del siglo XIX, y sin que en ello hubiese especial deliberación, el «sujeto» –es decir: el individuo enfermo y el individuo sano, éste en tanto que enfermo posible– se rebeló clínica y socialmente contra la expresión diagnóstica y terapéutica de una medicina que sólo en la ciencia natural veía su fundamento (la «cosificación» del enfermo) y contra la realización médica de la mentalidad social a que tal concepción de la medicina tácitamente pertenecía (el hospital del siglo XIX, y por tanto la asistencia médica al proletario).

El primero de estos dos motivos se manifestó ante todo clínicamente y en relación estrecha con la concepción patológica y el tratamiento de las neurosis, cuya frecuencia, también por razones histórico-sociales, tan notoriamente creció en los últimos decenios del siglo XIX. Consideradas *in genere*, las neurosis «intimistas» del consultorio de Freud tenían una básica etiología psicosocial, la pacata y conflictiva moral burguesa de la Viena de Francisco José. Antes que un suceso estrictamente científico, el nacimiento del psicoanálisis fue un suceso histórico-social, que tuvo en Freud su genial protagonista. Y, por su parte, etiología social tuvieron asimismo las neurosis «hospitalarias» de la *Salpêtrière*, aunque Charcot no lo advirtiese; porque, mirada *in genere*, su causa externa era la situación vital del incipiente proletariado inmigratorio a que en París dieron lugar las reformas urbanísticas del Barón Haussmann.

Más evidentes fueron la causa y la manifestación del segundo de esos dos componentes. No es preciso leer a Foucault para advertir que el hospital del siglo XIX, a la vez que hacía patente de modo escandaloso la diferencia entre la «medicina para pobres» y la «medicina para ricos», indeliberada y secretamente impuesta por la sociedad industrial y burguesa, acentuaba brutalmente con la consideración del paciente como «caso» anónimo y como objeto de investigación estadística –anatomoclínica, fisiopatológica o etiopatológicamente orientada–, la «cosificación» inherente a la concepción científico-natural de la enfermedad. Lo que en relación con las neurosis podían dar de sí la rutina anatomoclínica de los hospitales franceses, con la *Salpêtrière* a su cabeza, y la rutina fisiopatológica de las clínicas universitarias alemanas, véalo el lector en mi libro *La historia clínica*. Y lo que desde un punto de vista asistencial eran, frente a cualquier enfermedad, los hospitales del siglo XIX –*Hôtel Dieu* parisiense, *Allgemeines Krankenhaus* vienés, *Guy's Hospital* londinense, *Hospital General* madrileño, tantos más– léalo en cualquiera de las descripciones que de ellos hicieron sus críticos (3). No puede extrañar, pues, que el movimiento

(3) Alguna recojo yo, tomada de A. Albarracín, en mi libro *La medicina actual*.

obrero del siglo XIX tuviese uno de sus objetivos en la reforma de la asistencia médica al proletariado, y que tal reforma llevase consigo no sólo la mejora de las tan lamentables condiciones humanas y técnicas del tratamiento, también una consideración «personal» del enfermo no limitada a la que por su bondad o por su simpatía pudiese prestarle el médico.

En resumen: de modo más clínico o más asistencial, la rebelión del sujeto da lugar a que desde la segunda mitad del siglo XIX vaya produciéndose su introducción en la medicina, y que ésta haya sido preferentemente clínica en unos casos (desde Freud hasta von Weizsäcker, la medicina psicosomática y Bálint) y predominantemente social en otros (la asistencia médica al proletariado). Veamos con algún pormenor los aspectos antropológicos de esta segunda forma de la «introducción del sujeto en medicina».

2. La asistencia médica socializada

Es hoy saber tópico que la socialización o colectivización de la asistencia médica se inició de dos modos y por dos razones bien distintas entre sí: el sistema *zemstvo* de la Rusia zarista y las *Krankenkassen* de la Alemania bismarckiana. En aquél no actuó, es cierto, la rebelión del sujeto; pero sí la posibilidad de ella, porque el *zemstvo* fue ideado para paliar el reverso de malestar (el abandono a la propia suerte) que junto al anverso de alivio (la vida en relativa libertad) produjo la liberación de los siervos, cuando ésta fue decretada en 1864. En la creación de las *Krankenkassen* o «Cajas para enfermos» (ley de 1883) sí fue decisiva esa rebelión, porque Bismarck ideó dicha ley para calmar la tensión revolucionaria de los sindicatos obreros, tras la represión a que dio lugar un atentado contra el *kaiser*. Desde entonces hasta el *National Health Service* británico y el Seguro Obligatorio de Enfermedad español, pasando por la total socialización de la asistencia médica en la Unión Soviética, apenas existe un país en el que de un modo u otro y con una extensión mayor o menor no se haya producido una reforma «socializadora» de la atención al enfermo menesteroso.

No debo estudiar aquí cómo ha sido organizada en los distintos países, ni los múltiples problemas sociológicos, políticos, económicos, administrativos y sanitarios que plantea (4). La materia de este libro me obliga a tratar un solo tema: la expresión antropológica de la novedad que el enfermo ha traído a la relación médica.

a. *Actitud del enfermo y del médico*

Ha cambiado, en primer término, la *actitud del enfermo y del médico* ante el hecho de su mutua relación.

(4) Vea el lector mi libro *La relación médico-enfermo* y los artículos «Medicina social, sociología médica y sociología de la salud» de P. de la Quintana, y «Asistencia médica», de P. Cano Díaz, en *Historia Universal de la Medicina*, vol. VII (Barcelona, 1975).

1.º Varios son los modos en que se ha manifestado la mudanza en la actitud del enfermo. Por lo menos, los cuatro siguientes: *a)* Es radicalmente distinta la consideración de la asistencia médica por parte del enfermo menesteroso. Desde la Edad Media hasta nuestro siglo, el paciente hospitalario ha visto la ayuda técnica a su enfermedad como un acto de pura beneficencia. Durante los últimos decenios, ha surgido en él la conciencia de un ineludible derecho al cuidado de su enfermedad. *b)* Desde la Grecia clásica hasta nuestro siglo se ha venido admitiendo como un hecho social inevitable –en cierto modo, «natural»– la existencia de una «medicina para ricos» y una «medicina para pobres». Hoy, es verdad, subsisten restos de esa discriminación; pero la conciencia del hombre actual no la admite, y en todas partes se lucha contra ella. *c)* Antaño, la asistencia gratuita al enfermo menesteroso quedaba ordinariamente limitada a las enfermedades orgánicas de cierta gravedad. Hoy todo enfermo se siente con derecho a solicitar asistencia facultativa para sus más leves enfermedades. Unase a esto la creciente tendencia a la automedicación, sea cualquiera la posición social del sujeto. *d)* Hasta el siglo XX, la enfermedad era para el individuo menesteroso pura y simple calamidad. Desde hace bastantes años, y sin dejar de ser infortunio leve o grave, la enfermedad es fuente de un derecho extramédico, de orden económico, porque el enfermo –con toda razón, sin duda– estima que la sociedad le es deudora de cierta indemnización.

2.º Es también evidente la existencia de un cambio en la actitud del médico. Dos rasgos principales cabe señalar en él: *a)* Por una parte, la condición de funcionario público que el médico adquiere; hecho éste que le obliga a adquirir un hábito moral nuevo, el correspondiente a la «moral del funcionario» –noble y aun excelsa, si se la entiende con la exigencia y con el sentido que le dio Hegel–, y le somete en tantas ocasiones a la necia vejación de quienes en torno a él no la sienten y no la entienden. *b)* Por otro lado, el terapeuta se ve con más frecuencia y más fuerza sometido a un riesgo que sobre todos los médicos, funcionarios o no, desde hace tiempo pesa: verse considerados como simples dispensadores de técnicas, porque éstas, incluso cuando sirven al diagnóstico –un examen radiológico, la práctica de una reacción de Wassermann–, parecen haber adquirido cierta «autonomía» (L. Alberti), riesgo tanto mayor cuando las técnicas conciernen al tratamiento. Ya en 1925 denunciaba Marañón el peligro de que el médico pase a ser «un burócrata que propone, casi mecánicamente, sus recetas».

b. *Relación entre el enfermo y el médico*

Juntos ambos sucesos, la *relación entre el enfermo y el médico*, mucho más acusadamente social hoy que en cualquier otra situación, ofrece posibilidades nuevas y plantea problemas inéditos. Para simplificar las cosas, admitamos que la formación profesional del médico y la capacidad funcional de la entidad aseguradora –con todos sus insoslayables presupuestos: suficiencia económica de la sociedad, recta organización de su estructura y su dinámica– son totalmente satisfactorias. Pues bien: incluso en tal caso, tres órdenes de problemas

habrán de ser aceptablemente resueltos para que el avance social que ha traído consigo la asistencia socializada se manifieste también como avance técnico:

1.º Problemas de carácter afectivo. Sin la libre elección del médico por el enfermo, ¿es posible que entre uno y otro se establezca una verdadera amistad médica? ¿Puede en consecuencia ser satisfactoria la relación entre el terapeuta y el paciente? Debe responderse diciendo: *a)* Que, como en páginas anteriores hemos visto, la confianza del enfermo en el médico no es en muchos casos condición necesaria para la corrección del diagnóstico y para la eficacia del tratamiento. Una apendicitis aguda, una neumonía y una fractura ósea pueden ser muy concretamente diagnosticadas y muy eficazmente tratadas sin que esa confianza haya llegado a producirse. Lo cual, claro está, no niega que cierta eficacia de ella –iatrogenia positiva del médico, efecto placebo del remedio– pueda existir en todos los casos. *b)* Que la libertad de elección del médico por el enfermo no es condición necesaria, y mucho menos condición suficiente, para la génesis de la confianza de éste en aquél. Un médico no elegido por el enfermo podrá casi siempre, si su formación técnica es aceptable y seriamente se lo propone, conquistar la confianza de sus pacientes. «Podrá» lograrla y, por lo tanto, «deberá» lograrla. *c)* Que la libertad de elección del médico por el enfermo no puede tener plena realidad social, porque todos querrían que les atendiesen los médicos más prestigiosos. En consecuencia, sólo los enfermos económicamente poderosos podrían acercarse a poseerla. He aquí mi tesis: la perfección del ejercicio clínico exige confianza del enfermo en el médico, y ésta puede ser más fácilmente conseguida cuando rige el principio de la libre elección; pero, supuestas determinadas condiciones –suficiencia técnica y buena voluntad por parte del médico, suficiencia funcional de la organización asistencial–, puede conseguirse, incluso sin libertad de elección, una muy aceptable asistencia médica.

2.º Problemas de carácter técnico-económico. Sin dinero, sin mucho dinero –instalaciones asistenciales, organización administrativa, número de médicos, retribución de éstos–, nunca la asistencia médica socializada llegará a ser digna del ansia de justicia que la hizo nacer. Pensemos tan sólo en el tiempo que el médico de un ambulatorio debe dedicar a cada paciente, y admitamos que para él se establece –como en la Unión Soviética sucede– una duración media de diez minutos. Teniendo en cuenta que en muchos casos serían necesarios bastantes más, e incluso sin pensar, por casi utópica, en la práctica socializada de la psicoterapia, ¿cuántos médicos harían falta para atender a los que hoy comparecen en demanda de asistencia?

3.º Problemas de carácter moral. Sin la existencia de una vigorosa moral social –sin que el nietzscheano principio del «amor al remoto», al no visible, al desconocido, opere en las almas–, jamás será satisfactoria la asistencia médica socializada. En relación con ella, tres tienen que ser los poseedores de esa moral: *a)* El asegurado, que ha de sentirse en la obligación de corresponder con «deberes» a los «derechos» que se le reconocen. Recuérdese el esquema de

Parsons acerca del rol social del enfermo. *b)* El médico, que en todo momento debe vencer la tentación de la rutina ante la dura carga que casi siempre es la práctica en un ambulatorio social. *c)* El funcionario administrativo, tantas veces propenso a confundir la gestión y la gerencia con la posesión. El fin de la organización asistencial es la ayuda médica, y los protagonistas de ésta deben ser el enfermo y el médico. Al servicio de un fin más veces invocado que respetado, el bien común, y de otro fin menos abstracto, el bien de la persona enferma, deben cooperar los médicos, los pacientes y los funcionarios administrativos.

Suelen decir los norteamericanos que vivimos en un *changing World*, en un mundo cambiante; no para expresar que el mundo cambia, lo cual sería una perogrullada, sino para indicar la enorme rapidez con que cambia nuestro mundo. Muy rápidamente están cambiando, en efecto, los parámetros políticos y sociales que han dado lugar al modelo de la asistencia médica propio del «Estado de bienestar»; y también, aunque esto sea menos perceptible, al modelo que ha creado el Estado socialista. Sobre todo, en el orden económico. Si los gastos que exigen la sanidad pública y la asistencia al enfermo siguen creciendo como en los últimos decenios, ¿habrá sociedad que pueda soportarlos? La sorprendente profecía de Goethe, ¿llegará al fin a cumplirse? Durante su viaje a Italia, el futuro autor del *Fausto* comentaba epistolarmente a su amiga Carlota von Stein el optimismo progresista de Herder, y le decía: también yo comparto ese amor al progreso; pero a la vez temo que la humanidad llegue a una situación en la cual cada hombre tenga que ser el enfermero de otro hombre. En términos sociales y económicos: que para cuidar de la enfermedad y atender a la salud del género humano, acaso sea necesario que todos los hombres dediquen a ello la mitad de lo que su trabajo produce. Y ante esta perspectiva, ¿qué deberán hacer las sociedades y los Estados?

No sé hasta qué punto llegará a ser realidad lo que Goethe temía, y no me atrevo a predecir lo que las sociedades y los Estados del siglo XXI harán ante ese agobiante desafío. Pienso, sin embargo, que el imperativo de lograr que la asistencia al enfermo se base en la amistad médica –o de intentarlo, al menos– no habrá entonces prescrito.

CAPITULO 7

La curación: sus modos y sus grados

Todo acto humano tiene un horizonte, aquel en el cual se inscribe el fin a que tiende; toda acción del hombre es pretensión, y a ello proveen las estructuras psicoorgánicas que he llamado pretensivas. No puede ser excepción el acto médico, en tanto que humano.

Dos son los horizontes esenciales del acto médico. Uno pretensivo y permanente, la curación o el alivio del enfermo; hacia él se mueve siempre el terapeuta, hasta en las enfermedades que pasan por incurables. Otro esporádico e impuesto, la muerte del paciente, cuando ésta se muestra inevitable e inminente. El médico actúa ante el enfermo para sanar o aliviar –ya sabemos que, médicamente considerado, aliviar es también el *consoler toujours* de Bérard y Gubler– o para dar cumplimiento a lo que como médico deba hacer cuando el enfermo se trueca en moribundo. *Tertium non datur*, si sólo como asistencia al enfermo es entendido el acto médico. Pero, desde que la medicina se hizo técnica científica, por tanto desde la Grecia antigua, el médico viene aplicando su saber al tratamiento del individuo sano, bien para que conserve la salud, bien, más ambiciosamente, para mejorar su naturaleza. No otra cosa pretendió el autor del escrito hipocrático *Sobre la dieta*, y al mismo fin tendían los abundantes *regimina sanitatis* de la Edad Media. Ampliando el área semántica de la expresión «acto médico», puede afirmarse, pues, que, junto a la asistencia al enfermo y al moribundo, la actividad del médico se abre a un tercer horizonte, hoy integrado por cuatro metas principales: aumentar la resistencia del individuo sano a una determinada enfermedad (prevención específica) o a toda posible causa morbosa (elevación de la dietética antigua a técnica científica: higiene y sanidad privadas y públicas de los siglos XIX y XX), modificar o suprimir técnicamente la manifestación fenotípica del genotipo, cuando éste es anormal o pertenece a una estirpe genéticamente dañada (eugenesia y eufenesia), corregir las lesiones sufridas por el embrión y el feto durante el embarazo (esas a que se da el nombre de «lesiones germinales») y producir mutaciones génicas de carácter constitucional y meliorativo (proyectos de ingeniería genética aplicados a la especie humana).

En sendos capítulos vamos a estudiar estos tres modos cardinales del acto médico: la curación del paciente, su muerte y la mejora técnica de la naturaleza humana.

* * *

Momento gozoso para él y para el terapeuta ese en que el paciente dice a su médico: «Doctor, ya me siento bien», o en que éste le dice a aquél: «Desde mañana, ya podrá usted levantarse». La enfermedad ha dado paso a la curación. Ahora bien: ¿en qué consiste ésta? Parece ser tan obvia e inmediata la noción de «estar otra vez sano», que son muy pocos los que piensan que requiere explicación, y así deben considerarlo los autores de tratados médicos, cuando ni una sola línea dedican al tema. No pienso yo así, y así lo mostrarán los dos apartados subsiguientes.

I. ESENCIA, MODOS Y GRADOS DE LA CURACION

Una elemental y necesaria reflexión terminológica nos permitirá penetrar en la esencia de la curación, como tránsito del estado de enfermedad al estado de salud. Se trata de advertir con alguna precisión el sentido médico y la conexión mutua de los verbos «tratar», «curar» y «sanar».

1. Del diccionario a la realidad

Según nuestro diccionario oficial, «tratar» es «manejar una cosa, traerla entre las manos y usar materialmente de ella». La relación etimológica entre el tratamiento médico y la actividad manual, patente en la terminología médica de la antigua Grecia, donde a la operación terapéutica se la llamó a veces, genéricamente, *enkheiréein*, «poner la mano sobre el enfermo», y no menos patente en la palabra alemana *Behandlung*, directamente derivada de *Hand*, «mano», se halla implícita en esa definición. Pero, curiosamente, el diccionario no recoge explícitamente la tan acuñada acepción médica del verbo así definido. En cualquier caso, tratar a un enfermo es cuidarle médicamente. Para conseguir la curación o el alivio del enfermo, el médico le trata con arreglo a su saber.

¿Quiere decir esto que el médico cura al enfermo? No lo pensaba así Ambrosio Paré cuando escribió su famosa sentencia *Je le pansay et Dieu le guarist*, «yo practiqué la cura (que requería su herida: *panser* es colocar apósitos), y Dios le curó», esto es, «le sanó». Según las definiciones que ofrece nuestro diccionario, el médico «cura» cuando aplica al enfermo los remedios correspondientes a su enfermedad, esto es, médicamente le trata (forma transitiva del verbo «curar»), y el enfermo «se cura» cuando con tratamiento o sin él recobra la salud (forma pronominal de dicho verbo); por tanto, cuando sana.

«Sanar», en fin, puede ser verbo transitivo, y entonces significa «restituir a uno la salud que había perdido» (el médico y el remedio sanan al paciente), o intransitivo, con el significado de «recobrar el enfermo la salud» (el paciente sana). Lo cual hace ver la sinonimia entre la forma pronominal de «curar» (curarse) y la forma intransitiva de «sanar» (el enfermo «se cura» o «sana») y la relación de medio a fin entre las formas transitivas de «curar» y «sanar» (el médico «cura» al enfermo para que éste «sane», logre su «curación»).

Como se ve, tanto el uso coloquial como el uso literario del idioma han establecido cierto entrecruzamiento semántico entre «curar» y «sanar», que ineludiblemente tiene que afectar al significado del sustantivo «curación»: acción y efecto de curar o curarse, según el diccionario. Lo cual, si uno quiere expresarse con univocidad técnica, obliga a recortar el área de tal significado y a emplear este conjunto de palabras con arreglo a las definiciones siguientes: «tratar» a un enfermo es cuidarle médicamente (el enfermo se medica o automedica, no se trata a sí mismo; el curandero puede lograr la curación del enfermo, curarle o sanarle, pero no le trata médicamente); «curar» médicamente es aplicar al enfermo los remedios correspondientes a su enfermedad, y «curarse» el enfermo, sanar, mas parece deseable que ambos términos no sean parte del lenguaje técnico del médico; «sanar», en este lenguaje, sólo en su forma intransitiva («el enfermo sanó») debería ser usado; «curación», en fin, debe referirse exclusivamente al efecto de curarse, esto es, al proceso en cuya virtud la salud es recobrada (en este sentido, una curación puede ser lenta o rápida) y al estado a que al sanar o curarse llega el enfermo (la curación como resultado: «curación total» o «curación con defecto», suele decirse). En consecuencia: el médico trata, el enfermo sana (o no sana) y la curación es el proceso o el estado final de la recuperación de la salud. Orientada y ayudada por el tratamiento que el médico prescribe, lo que transitivamente sana al enfermo es la tendencia autorreparadora, limitada siempre, falible a veces, ínsita en la estructura viviente de su organismo. A esa tendencia llamó *vis medicatrix naturae* el hipocratismo latinizado.

En tanto que proceso y considerada en su esencia, la curación es la actualización de una de las tendencias propias del dinamismo de las estructuras materiales vivientes, sean vegetales o animales y monocelulares o pluricelulares: un movimiento autorreparador puramente espontáneo, como la cicatrización de una herida no tratada técnicamente y el restablecimiento de un enfermo que sana sin haber recurrido al médico, o, como habitualmente acontece, favorecido en su orientación y en su curso por el saber técnico del terapeuta; saber que cuando el caso lo requiera –en principio, siempre– pondrá en juego cuantas posibilidades brinda la condición personal del organismo humano. La curación espontánea del perro que ha sufrido una enfermedad es un proceso exclusivamente estructural, últimamente equiparable a la autorreparación de una estructura cristalina; la curación de un hombre cuya enfermedad infecciosa haya sido técnicamente tratada es un proceso *a la vez* estructural y personal, dependiente tanto de la acción autorreparadora de su organismo y de la acción farmacológica de los remedios empleados como de la ocasional psicoterapia y

de la frecuentísima acción iatrogénica, favorable en unos casos (iatrogenia positiva) y nociva en otros (iatrogenia negativa), del médico rector del tratamiento.

El tránsito desde el diccionario hasta la realidad nos permite, en suma, establecer dos conclusiones:

1.ª En el caso de la enfermedad, la tendencia autorreparadora del organismo humano es siempre limitada, porque nunca logrará vencer el *fatum* de la muerte (un organismo no puede no ser mortal), y es con frecuencia falible, porque puede dar lugar a movimientos o comportamientos desfavorables y hasta gravemente peligrosos (el «comportamiento desordenado» o «catastrófico» de que habló el neurólogo K. Goldstein; concepto que debe pasar de la neurología a la patología general).

2.ª El proceso de la curación exige casi siempre la intervención del médico, tanto para orientarlo (el terapeuta en cuanto timonel de la reacción del organismo enfermo a la *causa morbi*), como para potenciarlo (el terapeuta en cuanto impulsor de esa reacción mediante recursos farmacológicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos y psicoterápicos).

2. Modos y grados de la curación

Considerada como proceso, la curación puede ser espontánea o provocada. Acabamos de verlo. Ahora bien: sea uno u otro su modo, en ella, y en tanto que resultado de dicho proceso, caben dos grados distintos, la curación total y la curación con defecto.

a. *La curación total*

Restitutio ad integrum, restablecimiento integral, viene llamando la más tradicional medicina a la curación, cuando la vida del que la consigue parece ser mera continuación de la que el paciente hacía antes de su enfermedad. Pero ¿puede ser absolutamente integral la curación de un enfermo? La respuesta debe ser diferente, según el punto de vista que se adopte.

Cabe la respuesta afirmativa, en efecto, cuando la curación es juzgada desde el punto de vista del rendimiento vital de la persona. La curación subsiguiente a una neumonía neumocócica o una apendicitis aguda bien tratadas permitirá siempre que, cualesquiera que sean su actividad y profesión, obrero manual, arquitecto, poeta o director de orquesta, el ex-enfermo rinda exactamente lo mismo que antes de padecer la enfermedad. Nada más obvio.

¿Podría afirmarse lo mismo cuando la integridad del restablecimiento sea juzgada desde un punto de vista puramente morfológico o exigentemente fisiopatológico? Con otras palabras: ¿hay alguna enfermedad que no deje tras de sí, chica o grande, una cicatriz anatómica o funcional? La respuesta debe ser doble: sí, en el caso de que el curso del proceso morboso no haya rebasado la eta-

pa –brevísima en tantas ocasiones– a que en su esquema patocrónico da V. von Weizsäcker el nombre de «neurosis»; no, cuando dicho proceso ha alcanzado la etapa de la «biosis» y, *a fortiori*, cuando su realización orgánica llega a hacerse «esclerosis». No es preciso ser un anatomopatólogo muy experto para saber que, desde su misma infancia, el hombre va haciendo su vida a través de cicatrices más o menos visibles, cuyo número crece con la edad. Acaso sea mínima la huella pulmonar de una neumonía; pero ¿podrá ser absolutamente íntegra la *restitutio* morfológica del pulmón que la ha padecido? Algo semejante deberá decirse, si el punto de vista adoptado es el fisiopatológico y es de veras exigente el criterio del juzgador. Bajo formas muy diversas (inmunidad, hipersensibilidad, alteraciones metabólicas permanentes) y con intensidades muy distintas (patentes hasta para el profano, como la inmunidad específica del antiguo varioloso, o subliminales para los actuales medios de observación), la dinámica bioquímica del organismo guarda siempre vestigios de las enfermedades que ha ido padeciendo.

E incluso cuando sea íntegra la recuperación de la capacidad para el rendimiento vital, ¿no es cierto que la experiencia de haber padecido una enfermedad –por lo menos, mientras conservamos recuerdo de ella– queda incorporada como algo nuevo al contenido de nuestra biografía? *Restitutio ad integrum*, sí, pero con un ingrediente inédito en la textura de tal integridad. Muchas veces habrá de comprobarlo el médico para quien la medicina no quede limitada a la exploración física y la prescripción de fármacos.

b. *La curación con defecto*

Los escritos hipocráticos de contenido quirúrgico enseñaron a distinguir entre la «curación total» y la «curación suficiente». «Sanar suficientemente» (*hygiaínein ikanôs*) es lograr que el paciente, pese a la deformidad o a la limitación funcional que la enfermedad deje en su cuerpo, pueda seguir haciendo su vida habitual después de haberla padecido. Tal sería, paradigmáticamente, el caso de aquel a quien una leve cojera residual no impide hacer todo lo que de él exija su vida.

Equiparables entre sí, los conceptos de «curación suficiente» y «curación con defecto» no deben quedar reducidos al campo de las enfermedades llamadas quirúrgicas. Nada más obvio. Tras un episodio inicial de carditis reumática aguda, una leve y bien compensada estenosis mitral no impide llamar «curación» al estado en que queda la persona que lo padeció. Y no menos obvio es advertir la continua gradación existente en tal estado, desde la curación total hasta la franca invalidez. Basta con mirar en torno a uno para descubrir los más diversos ejemplos de esta regla, explícita o implícita en todos los capítulos que los viejos tratados de Terapéutica y de Patología general –dos disciplinas a las que no han logrado sustituir los actuales tratados de Farmacología y de Semiología y Fisiopatología– consagraban al estudio de la curación.

Algo nuevo debe añadirse, sin embargo, a lo que sobre ésta solían enseñar los maestros de antaño; algo que conjuntamente nos han hecho ver el desarro-

llo de la medicina y el curso general de la historia, a partir del segundo decenio de nuestro siglo: la necesidad de entender la «suficiencia» de la «curación suficiente» conforme a tres criterios complementarios entre sí, pero netamente discernibles uno de otro.

A los ojos del médico –más precisamente: a los ojos de un médico con la genuina vocación de serlo–, aparece en primer término la *suficiencia funcional*, la capacidad del sujeto para ejecutar de manera suficiente las funciones psicoorgánicas de su propia realidad, y por tanto para poner en ejercicio las distintas estructuras de la realidad humana que más atrás fueron descritas: moverse en el espacio, digerir, hablar, recordar, pensar, etc. Cuando el médico da de alta a un enfermo, a la estimación de dicha capacidad es a lo que ante todo se atiene. Pronto veremos cómo.

El juicio acerca de la suficiencia funcional lleva siempre consigo, aunque el médico explícitamente no lo advierta, otro tocante a la *suficiencia social*, porque el ejercicio humano de cualquier función psicoorgánica implica la existencia de un «para qué» –no hay función sin finalidad, cualquiera que sea el modo de entender o de no entender la teleología–, y entre los fines propios de las funciones humanas se hallan necesariamente las actividades a que solemos dar el nombre de «sociales». Ahora bien: de manera creciente desde el siglo pasado, al que no por azar pertenece el concepto hegeliano del «espíritu objetivo», la realización de la esencial socialidad del hombre ha cobrado extensión e importancia inéditas hasta entonces; tanto que al secreto ideal de los Estados totalitarios, sonrojante creación de nuestro siglo, pertenece la existencia de médicos para los cuales haya de ser preeminente o exclusiva, a la hora de dar el alta a un enfermo, la consideración social –por tanto, también política y económica– de su suficiencia funcional. Lo cual, en mi opinión, en modo alguno casa con un ejercicio de la medicina vocacionalmente atenido a lo que la medicina debe ser. La suficiencia social de la curación debe ser tenida en cuenta por el médico, desde luego, mas no de manera preeminente, y mucho menos exclusiva.

Es así, porque el criterio a que el verdadero médico debe atenerse cuando da de alta a un enfermo –y por consiguiente cuando quiera reflexionar acerca de la curación, si además de ser médico ejerciente aspira a ser patólogo cabal– es el de la *suficiencia personal*: la capacidad del sujeto para cumplir suficientemente los distintos fines de su existencia en el mundo, tenga o no tenga noción clara y distinta de ellos; fines, por tanto, explícitamente vocacionales (querer ser algo: hombre de ciencia, abogado en ejercicio o industrial), escuetamente profesionales (tener que ser algo: obrero asalariado, médico de la asistencia social o ingeniero de tal o cual empresa) y diversamente político-sociales (ser socialmente algo, además de practicar una profesión: ciudadano de un Estado, padre de familia o miembro de ésta o la otra institución). Si el diagnóstico integral, recuérdese, consiste en conocer con rigor técnico la enfermedad de un paciente según lo que él por esencia es, organismo personal y persona orgánica, integral asimismo deberá ser el modo de entender su curación. La suficiencia funcional y la suficiencia social del ex-enfermo son así plenamente consideradas por el médico, pero asumidas en la personal suficiencia para hacer y vivir

una existencia a la cual, todo lo relativamente que se quiera, sea posible llamar «hígida» o «sana»; dotada por tanto de una salud cuyo esencial «para qué» sea satisfactoriamente vivido por su titular y por la sociedad de que éste forma parte.

II. EL DIAGNOSTICO DE LA CURACION

El ejercicio de la medicina obliga a la práctica de tres géneros del diagnóstico: el diagnóstico de la enfermedad, el de la salud y el de la muerte. Los dos primeros pueden ser expresos y formales (cuando el médico tiene que certificar la índole de una enfermedad, la causa de una defunción o la capacidad para la vuelta al trabajo) o inexpresos e informales (cuando el médico prescribe sin que nadie le pregunte por su juicio acerca de la afección tratada, o cuando al margen de toda formalidad se resuelve a dar de alta al enfermo a que atiende). Como ineludible complemento de la visión antropológica del diagnóstico de la enfermedad, veamos ahora lo que, antropológicamente considerado, debe ser el diagnóstico de la salud, en sus dos modalidades básicas, el chequeo –aceptemos el ya ineludible término– y el acto de dar de alta.

Una persona preocupada por el estado de su salud, pero no obligada por el sentimiento de estar enferma, acude al médico en demanda de su dictamen, y la exploración no permite descubrir el menor indicio de una anormalidad patológica. Ante el convaleciente de una enfermedad aguda, el mismo médico estima que ya es posible la reincorporación a la vida normal, y le da de alta. En los dos casos, el clínico ha llevado a cabo un «diagnóstico de salud»; de una salud conservada en el primero y de una salud recobrada en el segundo. ¿Cuál ha sido en ambos el proceder de su mente?

Suponiendo que tal proceder haya sido correcto, los asertos que dan conclusión a uno y otro acto diagnóstico, el «No le encuentro a usted nada» del chequeo y el «Haga usted su vida normal» del alta, son el resultado de un proceso mental en el que han sido cumplidas dos condiciones necesarias, pero por sí mismas insuficientes, y otra ulterior, a la vez necesaria y suficiente. Veámoslas.

1. Dos condiciones necesarias

Para ser enteramente correcto, el diagnóstico de la salud debe apoyarse en un juicio objetivo y un aserto testimonial.

El juicio objetivo es tarea exclusiva del médico. No debe un clínico certificar la salud de un sujeto sin haberse formulado a sí mismo el juicio siguiente: «Las funciones orgánicas y psíquicas de este hombre pueden ser cumplidas sin desviaciones patológicas de su normalidad individual; en consecuencia, este hombre es capaz de realizar satisfactoriamente todas las actividades que de él exijan su vocación, su profesión y el resto de sus deberes sociales». Trátase de

una conclusión basada sobre datos objetivos, procedentes unos de la exploración orgánica y psíquica del sujeto y relativos otros a su personal instalación en la sociedad. Sólo teniendo en cuenta el «para qué» inherente a la realidad humana de la salud, sólo así podrán ser rectamente utilizados, a la hora de dar el alta, los datos que la exploración física y la prospección social ofrezcan al médico. A esta exigencia metódica llamé «percepción de lo perceptible» en el breve apunte que sobre el diagnóstico de la salud adelanté páginas atrás.

El aserto testimonial procede del sujeto explorado. Para que el diagnóstico de la salud sea válido es también condición necesaria que el sujeto, actuando como testigo de sí mismo –en este caso: del sentimiento de su propia vida, y por consiguiente de la actividad de su organismo y de su psique–, de una u otra manera haya dicho al médico: «Me siento bien, doctor. Salvo la opinión contraria de usted, yo creo que estoy sano». De no ser así, si a la normalidad objetiva de los datos procedentes de la exploración opusiese el explorado alguna objeción –por ejemplo: «Doctor, aunque usted no me encuentre nada, yo no me siento bien, no creo que esté sano»–, el médico se vería en el trance de escoger entre los tres siguientes recursos: practicar exploraciones complementarias, establecer un diagnóstico previo de «neurosis» o pensar que el sujeto en cuestión es un simulador. Pues bien: la mera posibilidad de que el médico se vea obligado a tal decisión debe hacernos pensar que las dos condiciones necesarias ahora consignadas no bastan para diagnosticar el estado de salud; que a ellas, por tanto, es preciso añadir un dato nuevo.

2. La condición de suficiencia

Para que un aserto sea enteramente válido, lo que en él se asevera debe cumplir dos requisitos: ser necesario y ser suficiente. Constatar que un sujeto no presenta en su organismo y en su psique anomalías realmente patológicas y oír de él que se siente sano son, respecto del diagnóstico de la salud, condiciones rigurosamente necesarias, mas no conclusivamente suficientes; y no porque el logro de tal suficiencia requiera la práctica de exploraciones complementarias, sino por otra razón más sutil: que la simple yuxtaposición de ambos datos no podría alcanzar verdadero valor diagnóstico sin un nuevo acto psíquico del médico, el de *creer* que el sujeto diagnosticado dice verdad cuando afirma sentirse sano. A este acto se refería la «creencia en lo razonable» que, como apunté, debe completar la previa y necesaria «percepción de lo perceptible». Sin ella, el médico se vería ineludiblemente en el trance de optar por uno de los tres recursos más arriba indicados; con ella, el médico pasa del mero saber a la síntesis entre el saber y el creer en que se funda el conocimiento de la realidad de otro hombre.

Para conocer en su realidad a otro hombre es preciso, en efecto, que en la mente del cognoscente se fundan un saber (saber cómo es el hombre en cuestión) y un creer (creer que las expresiones con que declara su intimidad manifiestan sinceramente lo que en su intimidad hay). Ahora bien: ante lo que de-

clara la expresión oral de una persona, el acto de creer puede adoptar tres formas distintas, correspondientes a las fórmulas verbales «creo lo que dices», «te creo» y «creo en ti».

En la primera se hace patente la confianza –por tanto, la creencia– en la posibilidad de comprobar objetivamente la verdad de lo afirmado. Si alguien me dice «Son las tres de la tarde» y yo le respondo «Creo lo que dices», lo que ante todo manifiesto es mi convicción de que si en aquel momento yo mirase un reloj, comprobaría que efectivamente son las tres.

En la segunda cobra expresión, además de esa confianza, la que me inspira mi creencia en la veracidad de quien habla; creencia levemente incoada en el caso anterior y principalmente fundada sobre la experiencia de mi trato con ese hombre. Quien oye «Son las tres de la tarde» y responde «Te creo», está diciendo: «No necesito mirar el reloj para quedar convencido de que son las tres»; y esa convicción mía tiene ante todo su fundamento en un «Creo que eres –que me eres– veraz». A la confianza en la comprobabilidad de lo dicho se suma así la confianza en la veracidad del dicente.

Viene en tercer lugar el «Creo en ti». Expresión en la cual el que habla viene a decir: «Aunque en este momento me estés mintiendo, yo creo que puedo confiar en un fondo de ti mismo tan verdaderamente tuyo, tan perteneciente a la autenticidad de tu persona, que me permite y aun me obliga a no tener en cuenta si es o si no es objetivamente verdad lo que ahora me dices». Así hablan la madre al hijo y la amada al amante. La confianza en la comprobabilidad de lo dicho y en la veracidad del locuente es en tal caso sustituida por la confianza en la íntima –mejor: en la transíntima– realidad personal de éste.

Para que de veras sea diagnósticamente satisfactorio el juicio acerca de la salud, ¿a cuál de estas tres fórmulas debe ser referida la aceptación del médico ante el «Me siento bien» o el «No me siento bien» de la persona diagnosticada? No, por supuesto, a la tercera, cuyo ámbito de validez es por esencia ajeno a la relación médica. Tampoco a la primera, y no porque el médico no deba aspirar a la comprobabilidad objetiva de lo que el enfermo como tal enfermo le dice, sino porque el «Me siento bien» y el «No me siento bien» pueden ser verdaderos –subjetivamente verdaderos– sea cual sea el resultado de las posibles exploraciones objetivas a que se le someta. Sólo la segunda, sólo la creencia en la veracidad de esa persona –creencia ante todo fundada, como he dicho, en la experiencia del médico acerca de lo que como persona y como enfermo es el sujeto en cuestión–, es la que interviene en la formación del juicio diagnóstico acerca de la salud, cuando el médico es técnicamente suficiente y éticamente responsable. Lo cual pone una vez más en evidencia que la percepción de lo perceptible y la creencia de lo razonable son los dos pilares sobre que en todo momento, ante la enfermedad y ante la salud, deben apoyarse la inteligencia y la operación del clínico.

CAPITULO 8

La muerte del enfermo

Si la palabra «arte» es entendida según lo que fueron la *ars* de los romanos y la *tékhnê* de los griegos –esto es: como un hacer algo sabiendo científicamente qué es lo que en ese hacer interviene y por qué se hace eso que se hace–, y si solamente es considerado el morir de los que mueren de la llamada «muerte natural» –por tanto: si son excluidas las muertes violentas e instantáneas–, bien puede decirse que la medicina es el arte de ir ganando terreno a la muerte e ir mejorando la ejecución de la vida.

Ganar terreno a la muerte. Desde un punto de vista histórico, con el ejercicio de la medicina ha ido aumentando el número de las enfermedades curables y haciéndose más y más eficaz la acción contra las que en cada momento parecían ser incurables; baste recordar el enorme crecimiento que desde el siglo XVIII ha experimentado la esperanza de vida en los países de Occidente; y desde un punto de vista terapéutico, eso es lo que en cada enfermo intenta hacer y muchas veces logra el médico que le trata. Lo cual equivale a decir que el clínico, quitados los casos en que la enfermedad sea sobremanera leve y muy resolutivo el remedio, constantemente tiene que actuar contando con la posibilidad de la muerte del paciente; tanto más, si piensa que la pérdida de la vida puede ser parcial o total. La muerte, no hay duda, es uno de los horizontes de la relación médica, algo que como simple posibilidad o como desenlace inexorable una y otra vez aparece en los ojos del terapeuta.

Pérdida parcial de la vida o «muerte biográfica» es la cesación patológica y definitiva de una función psicoorgánica; pérdida de la cual resulta la invencible imposibilidad de ejecutar con normalidad todas las acciones en que intervenga dicha función: la de andar en el parapléjico, la de ver en el ciego por lesión destructiva de la vía óptica, la de existir con lucidez consciente en determinadas alteraciones encefálicas. Sólo mediante la acción vicariante o auxiliar de una de las que Goldstein propuso llamar «actividades de rodeo» o a favor de un recurso artificial puede adaptarse el individuo a la muerte parcial así producida; a la cual llamo también muerte biográfica, porque la biografía

de la persona afecta queda privada de alguna de las posibilidades que para ella existían antes de la invalidez de que se trate.

Pérdida total de la vida, «muerte biológica» o muerte a secas es la cesación definitiva –por paulatina extinción senil, por enfermedad intercurrente o como consecuencia de una acción exterior violenta– de las funciones en cuya virtud es posible la vida orgánica del individuo en su conjunto. Sólo de ella voy a tratar aquí, y sólo en cuanto término absoluto e irrebasable de la relación médica.

I. EL HECHO, EL ACTO Y EL EVENTO DE LA MUERTE

Para quien la contempla, la muerte de un hombre es de ordinario la suma unitaria de un hecho, un acto y un evento, y a veces sólo un hecho, un simple hecho. Examinemos sumariamente este último caso, para luego estudiar aquellos en que la muerte humana muestra al observador toda su real complejidad.

1. La muerte como hecho objetivo

Hay ocasiones en que la muerte de un hombre sólo como realidad objetivamente contemplable puede aparecer ante el médico. Imaginemos la situación de éste cuando en un servicio hospitalario recibe un herido del cual dirán luego los periódicos: «Al llegar al hospital, la víctima del atentado era ya cadáver». Otra posibilidad: requerido para que asista a una persona que ha sufrido «un ataque» y se encuentra en coma, llega el médico al domicilio del enfermo, encuentra a éste, como le han dicho, en coma profundo, y rápidamente advierte que se trata de un *ictus* apoplético. Poco después muere el paciente. En tales casos, ¿qué puede y qué debe hacer el médico? Sólo esto: adquirir la certidumbre objetiva de que la muerte se ha producido y certificarla oficialmente, si así se lo piden o se lo exigen. Que tal defunción sea familiar o socialmente considerada de este o el otro modo y que en los antecedentes morbosos y sociales del difunto hubiese tal o cual vicisitud son cosas que a él le interesarán, a lo sumo, si por la razón que sea ha de practicar la autopsia del cadáver. En cualquier hipótesis, la muerte de esos hombres ha sido para él un simple hecho.

Aunque haya asistido al moribundo durante su enfermedad, y contemplado el curso de su agonía, y certificado luego su defunción, no cambian sustancialmente las cosas cuando el médico no sabe o no quiere apearse de su mentalidad científico-natural y piensa, en consecuencia, que sólo a la rigurosa objetivación de lo que ve debe atenerse en su práctica. Si es así, sólo como puro hecho cósmico verá, en tanto que tal médico, la agonía del paciente, y diagnosticará y certificará luego su muerte. Esta es para él, en suma, un hecho que se ha producido en la dinámica del mundo que le rodea.

Pues bien: vista como puro y simple hecho, ¿qué es para el médico la muerte de un hombre? Interrogación a la cual no puede responderse con precisión

si no son previamente distinguidos los tres modos cardinales con que los hechos se presentan ante el médico: el biológico, el clínico y el social.

a. *El hecho biológico de la muerte*

En tanto que *hecho biológico*, la muerte humana es por una parte el estado a que llega el organismo de un individuo cuando por el mecanismo que sea, una enfermedad, en el caso de la llamada «muerte natural», un traumatismo letal, en el de la «muerte violenta» (1), se produce la cesación definitiva de las funciones que mantienen la vida psicoorgánica del individuo en su conjunto (muerte como estado; la que nombra el aserto «Este hombre está muerto»), y por otra el instante final del proceso en que definitivamente se extingue la vida (muerte del moribundo; la que da lugar a la frase «Acaba de producirse la muerte de este hombre»). Atengámonos a este segundo significado, fielmente recogido por nuestro idioma en la expresión «el morir», y preguntémonos: biológicamente considerado, ¿en qué consiste el trance de morir? La respuesta debe tener dos partes, estrechamente conexas entre sí: ese trance consiste en lo que se ve cuando se observa el organismo del agonizante y en lo que en el interior de ese organismo realmente acontece.

Desde la tantas veces mencionada o transcrita descripción original de la «facies hipocrática» hasta los tratados de Patología general de nuestro siglo, mil veces ha sido descrito el cuadro –el cuadro-proceso, más bien– que la agonía, rápida unas veces, prolongada otras, ofrece a los ojos del espectador atento. Y desde las *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, de Bichat, el concepto bichatiano del «trípode vital» –tres órganos, el cerebro, el corazón y el pulmón, son los que mantienen la continuidad de la vida biológica; la lesión grave e irreversible de uno de ellos es siempre la causa inmediata de la muerte; la cual, según los casos y con arreglo a las denominaciones de la medicina clásica, sería unas veces *mors per apoplexiam*, otras *mors per syncopam* y otras *mors per asphyxiam*– pronto adquirió vigencia general entre los médicos. Por lo menos, hasta que la observación clínica, el incremento del saber patológico y el progreso de la semiología hicieron pensar detenidamente acerca de él. Dieulafoy, por ejemplo, entendió que sólo se muere por síncope (paro cardiaco, decimos hoy) o por asfixia, porque la lesión del bulbo raquídeo mata en cuanto que daña letalmente los centros reguladores de las funciones respiratoria y circulatoria. Considerando esos mismos hechos desde otro punto de vista, Letamendi, en cambio, sostuvo que cualquiera que sea el factor determinante de la

(1) La contraposición entre la «muerte natural» y la «muerte violenta» debe de proceder de la que la física aristotélica estableció entre el «movimiento natural» (el debido a la acción espontánea de las fuerzas de la naturaleza: el de la piedra que cae) y el «movimiento forzado» o «violento» (el producido por fuerzas no pertenecientes al orden espontáneo de la naturaleza: el de la piedra lanzada por la mano de un hombre. Pero, incluso aceptada tal distinción, ¿existirá de hecho –aunque hipotéticamente sea posible– una «muerte natural», llamando así a la determinada por la pura extinción senil de la vida del individuo? Sólo por convención puede llamarse «natural» a la muerte por infarto de miocardio o por septicemia, y sólo como mera posibilidad física puede ser admitida la existencia de la única muerte que en rigor sería «natural», la exclusivamente debida al agotamiento orgánico por senilidad.

muerte, la inervación, la circulación o la respiración, es la parálisis del bulbo la que en definitiva apaga la llama de la vida. La investigación y la reflexión ulteriores han considerado principalmente estas cuatro cuestiones:

1.ª La determinación precisa del *primum moriens*, es decir, el conocimiento científico de la porción del organismo cuya actividad vital, cuando la muerte ha llegado a ser el término inmediato de un proceso irreversible, es la primera en extinguirse. Confirmando una tesis de Ribbert, la electrofisiología actual ha generalizado la convicción de que el *primum moriens* del organismo humano es de ordinario el sistema nervioso central. No excluye esto que la vida vegetativa pueda prolongarse durante bastante tiempo tras la descerebración e incluso tras la «desencefalación» experimentales o patológicas; pero hasta en los casos en que más prolongada llega a ser la eficacia de la respiración artificial, la muerte del encéfalo es el primer acto de la muerte biológica total.

2.ª Un conocimiento verdaderamente fiable de cuál sea el órgano al que haya que considerar *ultimum moriens*. En concordancia con una tesis muy tradicional, sigue admitiéndose que, respecto de la muerte general del organismo, el corazón –y, dentro de él, la aurícula derecha– es lo último que en nosotros muere. Otro es el caso en lo tocante a la muerte sucesiva de las partes del organismo –tejidos, células– que siguen viviendo tras la total del individuo; la «metagonía», según un término ideado por Letamendi. A lo que parece, las células epiteliales y conjuntivas son las últimas en morir; aquéllas, por tanto, en que es mayor la capacidad de regeneración. «Desde el punto de vista de la muerte general –escribe Nóvoa Santos–, puede decirse que el corazón es el *ultimum moriens*, y el cerebro lo primero que sucumbe; en el proceso de la muerte elemental, el *primum moriens* es la célula nerviosa y el *ultimum moriens* la célula epitelial.»

3.ª Puesto que, considerada como puro hecho de observación y experimentación, la vida es un proceso biofísico y bioquímico de la materia que compone el organismo viviente, ¿en qué consiste la alteración de ese proceso consecutiva al momento en que se inicia la agonía y que luego, tras las muertes sucesivas de los distintos territorios orgánicos, se manifestará bajo forma de degeneración y autolisis celulares, para terminar en el conjunto de los fenómenos que constituyen la putrefacción cadavérica?

Comenzaron a dar respuesta a tal interrogación las hipótesis sobre la diferencia entre las proteínas aptas y las proteínas no aptas para la vida: la de Pflüger (existencia del radical ciánico en aquéllas), la de Duclaux (diferencias estereoquímicas entre unas y otras) y la de Loew (presencia de los grupos NH_2 y COH en las aptas y de los grupos NH y CHOH en las no aptas). La ulterior investigación bioquímica y biofísica (auge fabuloso de la enzimología, bioquímica y biofísica del metabolismo basal, biosíntesis y metabolismo de las proteínas) obliga a considerar de otro modo el arduo problema de las alteraciones materiales y energéticas inmediatamente previas a la muerte e inmediatamente consecutivas a ella. La muerte por inanición, por ejemplo, parece directamente relacionada con una alteración bioquímica consecutiva a la pérdida de

la capacidad para liberar energía mediante reacciones oxidativas y para la puesta en juego de mecanismos no oxidativos (descarboxilación, etc.) como fuente de ella. Por otra parte, el proceso de la degradación proteica (que, contra lo que afirmaba la teoría clásica, no ocurre sólo después de la muerte de las células) va rápidamente dominando sobre el de la resíntesis de las proteínas, hasta anularlo por completo. La muerte por inanición, en suma, ¿se producirá, como sugiere Grande Covián, cuando sea insuficiente la síntesis de una proteína enzimática indispensable para el mecanismo bioquímico de la liberación de energía? Tal vez sea ésta la vía para descifrar el proceso energético-material del tránsito de la vida orgánica a la muerte del organismo.

4.ª Todavía dentro de la visión del morir como hecho objetivo, no considerándolo, por tanto, como acto personal, el examen de él desde el punto de vista de la conducta del hombre que muere y de las más primitivas actitudes humanas ante el morir ha movido a pensar en la existencia de un oscuro «instinto de la muerte». Recuérdese lo dicho. En la estructura de nuestra realidad, y en fecundo conflicto con la honda tendencia de ella a seguir viviendo –el secreto y radical «ìmpulso hacia delante» que preside los fenómenos de conservación, regeneración, defensa orgánica, adaptación, lucha por la vida y autorrealización perfectiva–, habría otra, consciente en ocasiones, hacia la resolución del organismo en el abismal cosmos de que nació; como si en la dinámica de éste fuesen vida y muerte dos caras de una misma moneda. Tal sería el punto de coincidencia de la realidad psicoorgánica a que aluden los conceptos de «instinto de la muerte» (Metchnikoff, Nóvoa Santos), *Todestrieb* o «impulso tanático» (Freud) y «muerte maternal» (E. Morin).

Pero la muerte no es y no puede ser para el hombre simple hecho de observación; es también acto y evento. Pronto veremos cómo se combinan entre sí –mejor: cómo entre sí se funden– estas tres dimensiones del morir humano.

b. *El hecho clínico de la muerte*

La muerte puede asimismo ser para el médico un *hecho clínico*, algo con que en su relación con el enfermo necesariamente tiene que contar. ¿Cómo?

Para dar la respuesta, no será inoportuno consignar brevemente las varias denominaciones con que en la medicina actual es designada la muerte humana: «muerte» a secas o «muerte biológica total» (la del organismo en su conjunto), «muerte biológica parcial» (la de cada uno de los órganos, tejidos o células en que definitivamente, antes o después de la muerte biológica total, se va extinguiendo la vida), «muerte parcial biográfica» (la extinción definitiva de una función, cuando impide el logro de alguna meta en la vida personal del paciente), «muerte fisiológica» (la que acaso llegue a producirse un día sólo por la paulatina extinción senil de la vida individual), «muerte natural», «muerte violenta». A ellas se ha añadido en los últimos tiempos la llamada «muerte clínica».

La eficacia de los actuales recursos para la reanimación ha puesto al médico en el trance, arduo tantas veces, de decidir si tiene que apelar a ellos, o si,

una vez empleados, debe interrumpir su aplicación porque serán inútiles. Pues bien: el estado del organismo entre el momento en que se les considera absolutamente necesarios, porque si el moribundo fuese abandonado a su suerte pronto e ineludiblemente moriría, hasta el instante en que se les juzga absolutamente inútiles, porque ya parece haberse instaurado la muerte biológica total, es el habitualmente denominado «muerte clínica», que sólo en parte coincide con la llamada «muerte aparente». Huelga decir que es el estado funcional del cerebro, detectado en primer término por la encefalografía, el que principalmente mueve al médico a establecer el diagnóstico provisional de «muerte clínica»; mas también puede moverle en otros casos la detención aparente de las contracciones cardíacas.

Doble es, por tanto, el problema técnico y ético que plantea la apelación a esta conclusión diagnóstica, hoy tan frecuente. Es siempre problemático, en primer término, el hecho de establecerla. ¿Quién puede estar absolutamente seguro de que un enfermo al que se considera «clínicamente muerto», no volverá espontáneamente a la vida? ¿Dónde debe ser puesto el límite entre la «vida clínica» y la «muerte clínica»? Es asimismo problemática, por otra parte, la fijación del límite entre la muerte clínica y la definitiva y total muerte biológica. ¿No es también posible que el médico suspenda la práctica de la reanimación, porque a su juicio la vida del sujeto se ha extinguido biológicamente, para encontrarse con que al fin vuelve a vivir el que se había tenido por definitivamente muerto? Un leidísimo libro reciente, *Life after life*, «Vida después de la vida», del psiquiatra americano R. A. Moody, así lo hace ver (2).

c. *El hecho social de la muerte*

Puesto que la vida del hombre es constitutivamente social, también tienen que serlo la realidad y la estimación del hecho de perderla, y así viene sucediendo –por lo menos– desde que en la llamada prehistoria comenzaron a practicarse ritos funerarios. La socialización de la muerte se halla, pues, a medio camino entre la consideración de ella como mero hecho y su resuelta conversión en evento. Más adelante estudiaremos cómo se produce y es cumplida tal posibilidad. Ahora debo limitarme a examinar brevemente los dos modos principales que desde el punto de vista del médico adopta en nuestra sociedad.

Uno es la *certificación*. Las disposiciones legales obligan en todos los países civilizados a no proceder al enterramiento de una persona sin que un médico haya certificado su muerte. Suele cumplirse este trámite de manera rutinaria, porque casi siempre es sobremanera patente la realidad de la muerte biológica del sujeto. Pero hay casos –basta recordar lo expuesto– en los cuales se impondrá la obligación de recurrir a un diagnóstico formal de ella. Tal es la razón de

(2) El carácter problemático que hoy por hoy tiene en tantos casos la determinación «técnica» del momento en que ya se ha producido la muerte biológica no excluye, por supuesto, la obligación «ética» de decidir médicamente acerca de aquél; porque puede el médico dar por vivo a quien en modo alguno es ya biológicamente recuperable, y juzgar muerto no sólo a quien aún podría ser restituido a una vida más o menos normal, también a quien la recuperación conduciría a una situación psicoorgánica por entero incompatible con una existencia realmente «humana».

ser de los «médicos del Registro Civil», aunque su intervención quede de ordinario reducida a la pura fórmula.

Sea demográfica, epidemiológica o nosográfica la intención con que se la obtiene, la *estadística* convierte la muerte de una persona en un hecho rigurosamente impersonal, más aún, en la anónima unidad de una cifra global. «Muerte», en este caso, equivale a pura y simple «desaparición». Si la «muerte civil» fue, según el diccionario, «la mutación de estado por la cual una persona era considerada como no existente para la ejecución o la ordenación de ciertos derechos», la «muerte social» que registra el conjunto estadístico es, más radicalmente, la innominada y definitiva desaparición de un hombre del número de los que componen una sociedad. No sería impertinente sustituir «filósofo» por «sociólogo» –«un sociólogo: uno menos»– en el tan expeditivo y antifilosófico verso de la dolora campoamorina «Pobre Carolina mía».

2. La muerte como acto humano

Heredando el pensamiento escolástico, nuestro diccionario llama «acto humano» al que procede de la voluntad libre, con advertencia del bien o el mal que se hace. Sólo la muerte por suicidio podría ser considerada acto humano, si tal definición fuese tomada a la letra. Pero los actos humanos no sólo pueden ser productivos o por iniciativa (el acto de levantarme y pasear, cuando a ello libre y deliberadamente me decido); pueden ser también receptivos o de aceptación (el acto de aceptar como mía una donación que se me hace o una sensación que surge de mi cuerpo) y reyectivos o de repulsa (el acto de no aceptar como personalmente mías ciertas vicisitudes de mi vida, como una enfermedad, ciertas sensaciones molestas procedentes de mi intracuerpo o ciertas deformidades de mi aspecto visible). Recuérdese la antes propuesta distinción entre «lo-en-mí» y «lo mío». En tal caso, ¿cómo no advertir que el trance de la muerte, en tanto que modo de morir, puede ser un auténtico acto humano plenamente personal? Cabe incluso decir que por la vía de la aceptación o por la vía de la repulsa, y salvo las verdaderamente súbitas y las que sobrevienen durante el sueño o en coma, todas las muertes son auténticos actos humanos.

Mezclada con la descripción factual de la agonía, la visión del acto humano que además de hecho objetivo es la muerte del hombre, aparece como de pasada en algunos de los viejos tratados de Patología general. No es extraño, escribió Letamendi, acaso edulcorando la realidad, que el moribundo «prorrumpa en exquisitos razonamientos sobre el trance en que se halla, lo efímero de su vida, la conveniencia del buen obrar, la confianza en Dios, y otras especies, trascendentales todas y edificantes, que sobrecogen el espíritu de quien las contempla y oye». Pero la consideración médica de la muerte como acto humano –quede aparte el tratamiento ascético o teológico-moral del problema– no ha cobrado vigencia general hasta la rápida y enorme difusión del libro *On Death and Dying*, «Sobre la muerte y los moribundos» en su edición española, de la psiquiatra norteamericana E. Kübler-Ross.

Tras haber conversado con cientos y cientos de enfermos desahuciados y próximos a una muerte que parece irremediable, la doctora Kübler-Ross ha descrito el proceso del morir de tales enfermos como una sucesión de cinco fases más o menos netamente discernibles y más o menos solapadas entre sí. La primera, de negación y aislamiento. Ante el cabal conocimiento o la sospecha vehemente de su estado, el enfermo se defiende diciendo «No, yo no, no puede ser verdad» o algo semejante, y con arreglo a ese sentir se conduce. La segunda, de ira, rabia, envidia y resentimiento. La interrogación «¿Por qué yo y no otro?» expresa bien tal actitud. La tercera, más breve, de pacto, susceptible de ser expresada –si el enfermo es creyente– mediante estas o parecidas palabras: «Si Dios ha decidido sacarme de este mundo y no ha respondido a mi airada protesta, tal vez se muestre más condescendiente conmigo si se lo pido con amabilidad». La cuarta, de depresión. «Cuando el paciente desahuciado –escribe Kübler-Ross– no puede seguir negando la enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas y se debilita o adelgaza..., su insensibilidad estoica, su ira y su rabia son pronto sustituidas por una intensa sensación de pérdida»; y como consecuencia, por la depresión. La quinta, en fin, de aceptación: «es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiese terminado, y llegara el momento –como un paciente dijo– del descanso final antes del gran viaje». Aceptación más o menos teñida de cierta esperanza residual en el milagro de seguir viviendo en este mundo o animada por la tenue o firme esperanza de una vida personal allende la muerte. «La única cosa que generalmente persiste a lo largo de todas estas fases es la esperanza», dice nuestra autora.

Años antes que Kübler-Ross, aunque sin la amplitud y el método de la psiquiatra americana, el internista alemán H. Plügge estudió el proceso del morir en enfermos de cáncer incurable. Tras una primera fase de rebeldía, y a medida que se extingue la posibilidad de la curación, en el alma del paciente va apareciendo, dice Plügge, una esperanza nueva, ante la cual no tienen peso alguno los juicios empíricos y racionales del propio enfermo acerca de su incurabilidad. La «esperanza común» está orientada hacia algo mundano, exterior, concreto y contingente; por lo cual siempre lleva en sí un coeficiente de ilusión vana y siempre se halla sujeta al azar y a la decepción. De la ruina total de esa esperanza común o mundana es precisamente de donde surge la «esperanza genuina», libre de toda ilusión referente al mundo y orientada hacia algo indeterminado, nebuloso, carente de contorno; algo que en cualquier caso se refiere a la persona del enfermo y atañe a su futuro, a su perduración. Una sentencia del médico romántico Joh. Chr. Reil –«Los enfermos incurables pierden la vida, pero no la esperanza»– logra confirmación y gana detalle y estructura en las descripciones de Plügge y Kübler-Ross, con las que en alguna medida coinciden las ulteriores de Wiesenhütter y Moody.

Volvamos a la que en la actualidad es más ampliamente conocida y pasa por canónica, la de Kübler-Ross. Una interrogación suscita en el ánimo del lector: la pauta de conducta que en ella se nos presenta, ¿puede ser extrapolada como genéricamente humana a todas las situaciones históricas y a todas las

culturas, o sólo es válida para la sociedad americana y actual en que ha sido establecida? En espera de lo que vaya diciendo la experiencia de los médicos, me aventuro a responder: primero, que la manera de vivir la muerte propia varía con el sistema de creencias que ha regido la vida del moribundo, y en consecuencia con la cultura, la situación histórica y el grupo social a que éste pertenece; segundo, que dicha pauta parece ajustarse bastante bien a lo que en todo el mundo occidental son la vida y la muerte del hombre urbano, y no otra debe de ser la causa de su amplísima difusión en todos los países de Occidente. Pero sea cualquiera el juicio definitivo acerca de su validez universal, algo puede decirse desde ahora: que este libro de Kübler-Ross posee el mérito de haber introducido en medicina la consideración de la muerte como acto humano; mérito a un tiempo teorético, antropológico, y –como pronto veremos– también práctico.

Tal vez no sea equivocada e inoportuna, a este respecto, la clasificación de los hombres en dos grandes grupos: los que desearían «dormir la muerte», pasar inconscientemente de la vida en el mundo a lo que para ellos sea el más allá, y los que por una razón o por otra –creencia religiosa o secular, dandismo, neoestoicismo– aspiran a convertir la muerte en acto personal, a despedirse de la vida «viendo venir la muerte». «Quiero saber que me muero», dice por todos ellos un verso de Jorge Guillén. A tal distinción debe atenerse la conducta del médico ante cada moribundo.

3. La muerte como evento histórico y social

El hecho de la muerte –el proceso psicoorgánico en cuya virtud un hombre, por modo paulatino o rápido, suave o violento, pasa a ser cadáver– se hace evento, acontecimiento histórico y social, a través de las estimaciones, ideas y creencias dominantes en la sociedad donde la defunción se ha producido. Por eso pude decir que la consideración de la muerte humana como hecho social se halla a medio camino entre la visión de su realidad como hecho biológico y la contemplación de ella como evento histórico-cultural; y, por otra parte, que el modo de realización del acto humano de la muerte depende en muy buena medida de cómo el morir sea interpretado en la situación histórica y en el grupo social de que el moribundo es parte.

Basta ahora un punto de reflexión para advertir que en la eventualización del hecho y del acto de morir, y por tanto en el estudio y el conocimiento de la muerte como evento, es necesario distinguir tres momentos complementarios entre sí: la conducta del moribundo y de su entorno (ritos sociales de la agonía), lo que socialmente se hace con el cadáver (ritos sociales del adiós al difunto) y la interpretación de lo que la muerte humana sea (ideas y creencias acerca la realidad de esa muerte, en tanto que muerte y en tanto que humana). Pues bien: desde hace varios decenios, el interés por los tres ha crecido arrolladoramente, así entre los sabios y los ensayistas como en el mundo anónimo de los lectores. Especialmente en Francia y en los Estados Unidos, la muerte

ha suscitado una enorme bibliografía, y en ella se han perfilado una antropología cultural, una sociología, una historia, una ética, una nueva tanatología filosófica y hasta una literatura –bastará recordar la novela *The Loved One*, de Evelyn Waugh, y la pieza teatral *El rey se muere*, de Ionesco– en torno al morir del hombre. La muerte, no hay duda, ha llegado a ser uno de los temas de nuestro tiempo.

Sería de todo punto impertinente en estas páginas una exposición compendiosa de lo que ofrece esa casi inabarcable masa bibliográfica. Voy a limitarme, pues, a mostrar sucintamente cómo en el mundo occidental ha ido transformándose la figura del evento de la muerte y cómo éste se presenta en nuestro tiempo.

a. *El evento de la muerte en el mundo occidental*

Un excelente estudio de Ph. Ariès, visiblemente informado por la historiografía de las mentalidades, tan floreciente en Francia desde que surgió la llamada «escuela de los *Annales*», ha enseñado a ver en la historia de la eventualización europea de la muerte cuatro situaciones tópicas, respectiva e ingeniosamente denominadas «la muerte domesticada», «la muerte de uno mismo», «la muerte del otro» y «la muerte prohibida».

1.ª La expresión *muerte domesticada* designa el modo de morir vigente en Europa desde sus orígenes hasta la declinación de la Baja Edad Media, y representa el canon de un adiós a la vida terrenal diametralmente opuesto a la muerte súbita e imprevista –*a subitanea et improvisa morte, libera nos, Domine*– que tanto temían los autores de las Letanías de los Santos. Cuando el rito se cumplía íntegramente, tal modo de enfrentarse con el paso al más allá era como una sonata en la que se sucedieran los siguientes tiempos: el sentimiento de que la muerte se halla próxima, tan elocuentemente declarado, ya en los albores del mundo moderno, por el «Yo me siento, sobrina, a punto de muerte», de nuestro Alonso Quijano; un adiós del moribundo a quienes le rodean; una súplica de perdón por lo que se hizo, más o menos semejante al futuro *Confiteor;* la recepción de los últimos sacramentos, la adopción de una postura corporal adecuada a la dignidad suprema del trance, «para que el rostro del moribundo –dice un texto de la época– mire hacia el cielo»; la muerte, al fin. Una muerte, escribe Ariès, a la cual cabe llamar «domesticada» no porque antes hubiese sido salvaje, sino porque para el hombre actual ha llegado a serlo. La naturalidad de la muerte, la familiaridad con ella, la llana convivencia entre los vivientes y el moribundo, la proximidad de las tumbas a los templos (*Kirchhof*, en alemán, *churchyard* en inglés, significan «cementerio»), son los rasgos principales de este viejo, tradicional, piadoso modo de eventualizarse el morir.

2.ª A partir del siglo XII, junto a la no extinguida, pero decreciente vigencia de la muerte domesticada, va prevaleciendo en Europa la *muerte de uno mismo (mort de soi)*. Toda una serie de notas la caracterizan: la representación iconográfica del juicio final pasa con frecuencia a ser una figuración del juicio parti-

cular, en el cual son establecidos los méritos del difunto según el balance o «la balanza» de su vida personal: el *liber scriptus proferetur in quo totum continetur* de que habla el *Dies irae* y a que aluden las *artes moriendi* o tratados del bien morir de los siglos XV y XVI; la aparición del cadáver y su descomposición –*por tanto*: de lo que es el cuerpo del muerto individual– en el arte y en la literatura; la individualización de las sepulturas, epigráfica o iconográficamente expresada. El hombre europeo muestra así haber descubierto la muerte de sí mismo.

3.ª Una importante novedad acaece entre los siglos XVI y XVIII: la representación iconográfica de la muerte nos la muestra a veces en asociación erótica con el –y más a menudo con la– viviente; el acto sexual y la muerte, Eros y Thánatos, son concebidos como una ruptura con la vida cotidiana, a mil leguas de la casi apacible continuidad con ella de que había sido expresión la muerte domesticada. Esta ruptura con la vida se manifestará luego bajo dos formas distintas, la creciente vigencia social de los signos de dolor por la pérdida sufrida y el descubrimiento literario –romántico– de la belleza y la voluptuosidad de la muerte. Cambia asimismo la estructura del documento con que el moribundo dice su última voluntad, el testamento, cada vez más reducido a señalar cómo los herederos habrán de recordar al testador. A la vez desaparecen definitivamente los cementerios adosados a las iglesias y se establece el rito religioso-laico de la visita a las sepulturas, de las que se procura hacer una «propiedad» familiar. Prevalece, en suma, la visión de la muerte como *la muerte del otro, mort de toi.*

4.ª A lo largo del siglo XIX, durante el cual acontece o se inicia cuanto el párrafo anterior consigna, se hace patente un claro contraste entre el barroquismo de los cementerios de la Europa continental, con su cima en el Campo Santo de Génova, y la sencillez campestre de los cementerios ingleses y norteamericanos, tan notoria en el nacional de Arlington, junto a la capital de los Estados Unidos. Es tal vez el primer paso hacia la eventualización de la muerte que desde hace medio siglo viene imponiéndose en las sociedades industriales de Occidente; novedad a la que Ariès dio inicialmente el nombre de *muerte invertida*, y ha dado luego el de *muerte prohibida (mort interdite).* El apartado siguiente nos hará ver en qué consiste.

b. *El evento de la muerte en la actualidad*

Sería una simplificación abusiva reducir a un solo epígrafe –«muerte prohibida»– la actitud de la sociedad actual ante la eventualización de la muerte. Incluso limitando al mundo occidental el área de nuestro examen, habría que tener en cuenta la existencia de una diversidad de carácter nacional, porque no son escasas, a este respecto, las diferencias entre los distintos pueblos, y otra de índole sociocultural, porque, aun dentro de un mismo país, no poco distan entre sí las actitudes de los diversos niveles y grupos sociales. No es igual el evento de la muerte en Inglaterra que en México, ni, dentro de España, en el mundo rural de Castilla o Galicia y en las clases «ilustradas» de las grandes

ciudades. Mi exposición se limitará a describir sumariamente, según la pauta de Ariès, la muerte que él llama «prohibida», y a consignar luego las varias interpretaciones de la muerte humana que hoy tienen vigencia en la sociedad occidental.

1.ª Movida por el deseo de evitar la alarma o el dolor del enfermo, la sociedad burguesa del siglo XIX comenzó a ocultar a éste la gravedad de su estado, cuando su muerte parecía hallarse más o menos próxima. La sociedad de nuestro siglo –especialmente en los países en que la dicha y el lucro son metas supremas; a la cabeza de ellos, los Estados Unidos– ha extendido a toda ella esa ocultación, hasta hacer de la muerte un hecho socialmente imperceptible o, al menos, un evento socialmente tolerable, e incluso dulce, «social», valga la redundancia, en el sentido que las clases acomodadas dan a este término.

El lugar de la muerte se desplaza del domicilio del difunto al hospital. La muerte misma se medicaliza; esto es, se convierte en un evento técnicamente regido por el equipo hospitalario y las normas a que éste se halle sometido, y con ello se hace «aceptable», porque las emociones que suscita y los consiguientes signos externos de dolor quedan reducidos a un mínimo (el luto, por ejemplo, desaparece). La incineración, a la que con creciente frecuencia se recurre, evita la visita a la sepultura. Con todo lo cual el dolor de perder a un ser querido, si efectivamente lo había sido en vida el difunto, queda encerrado en la intimidad, y desde ella actúa sobre el organismo de quien lo sufre. La «prohibición» social no supone la «indiferencia» íntima. Hoy, cuando los ritos del luto están en descenso, se ha observado que la mortalidad de los viudos y las viudas durante el año subsiguiente a la muerte es bastante mayor, dentro del grupo social a que pertenecen, que la media de la misma edad.

El tabú del sexo, poderoso en la pacata sociedad burguesa y aniquilado en la sociedad actual, ha sido sustituido por el tabú de la muerte, fuerte en nuestros días e inexistente antaño. Ayer se ocultaba el sexo y se exhibía la muerte; hoy se oculta la muerte, porque molesta, y se exhibe el sexo. La expresión visible de la pena es socialmente incorrecta; hay, pues, que evitarla, si no se puede hacer placentera o cuasi-placentera a la pena misma con esa serie de prácticas que el norteamericano G. Gores llamó «pornografía de la muerte». En lo tocante a ella, a esto ha conducido la sed de *happiness* –o al menos de confort– en que la vida social de los Estados Unidos tiene uno de sus principios.

Pero el peso de la tradición funeraria –tan notoria en las escenas de enterramiento de tantos y tantos filmes– no se ha extinguido en la sociedad norteamericana, en la cual tan fuerte es, por otra parte, el hábito de la benévola, amigable convivencia. La conjunción entre ambos motivos y las posibilidades que ofrece la técnica del embalsamamiento ha dado lugar a la floreciente industria funeraria de los Estados Unidos, con sus *funeral homes*, sus *morticians* y sus *funeral directors*. Convenientemente aderezado, el cadáver es exhibido en un *funeral parlor* y se convierte durante unos días en centro de vida social, y el evento de la muerte viene a ser el curioso compromiso entre una muerte socialmente medicalizada y oculta y otra socialmente aceptable y presentable.

2.ª En tanto que hecho real, y como fundamento de su emergencia a los ojos del observador bajo forma de hecho científico y de evento histórico-social, ¿qué es la muerte? Más precisamente: ¿cómo la muerte es interpretada hoy por los que acerca de ella reflexionan, hombres de ciencia, filósofos y teólogos? A mi modo de ver, en el mundo occidental de nuestros días tienen vigencia mayor o menor todas las interpretaciones de la muerte humana que con posterioridad a las culturas primitivas y arcaicas han ideado los hombres. Recordaré sumariamente las más importantes.

Dando por cierto que el individuo humano es un compuesto unitario de cuerpo y alma, muchos piensan que la realidad de la muerte consiste en la separación del alma y el cuerpo. El alma «deja» al cuerpo, suele decirse; con su muerte orgánica, el cuerpo «deja» al alma, decía hace años Zubiri, rectificando la sentencia tradicional. Trátase de la tesis platónica, elaborada luego por el pensamiento cristiano (el alma del difunto es una imperfecta «forma separada», dirá Tomás de Aquino).

Desde los filósofos materialistas del siglo XVIII (3), pero, sobre todo, desde Feuerbach y Marx, el número de los que creen y afirman que la muerte del individuo humano es una total y definitiva aniquilación, la restitución de su materia al general proceso de la materia cósmica, ha ido creciendo sin cesar. El más allá no es sino la proyección, en definitiva alienante, de los deseos del hombre, sostiene Feuerbach. «Después de haber desaparecido el más allá de la verdad, la tarea de la historia es establecer la verdad del más acá», escribió el Marx joven. «Dejemos el cielo a los ángeles y a los gorriones», dicen dos versos de Heine. Freud, Sartre, los pensadores marxistas, Monod, tantos y tantos más, darán en nuestro siglo continuidad a esa tajante negación de la existencia de un alma inmortal en la realidad del hombre. Lo cual no ha sido óbice para que el filósofo marxista Ernst Bloch haga suya la frase de Rabelais moribundo: «Me voy a buscar un gran quizás». Lo mismo sentirán –se dispondrán a sentir– muchos de los agnósticos actuales.

No parecen ser pocos en Occidente los hombres que a su modo y sin especial conocimiento del budismo, según la idea budista del nirvana quieren entender la realidad de la muerte: el nirvana como la realidad última, que no se conoce, pero que ya se posee, aunque sólo ocultamente, mientras no se llegue al pleno conocimiento por iluminación (H. Küng); nirvana al que E. Conze, uno de los mejores conocedores occidentales del budismo, describe así: «eterno, estable, imperecedero, invariable, no sujeto al envejecimiento ni a la muerte, sin nacimiento ni devenir; que significa poder, bendición y bienaventuranza; que es auténtico refugio, asilo y lugar de inexpugnable seguridad, verdad realísima y suprema realidad; que es el bien, el más alto fin y la única plenitud de nuestra vida, la eterna, secreta e inconcebible paz». Dentro de este marco debe ser

(3) La idea de que la muerte del hombre es «total» –la negación de la inmortalidad del alma– ya había sido formulada por algunos pensadores del Renacimiento, como Pomponazzi. Por todos ellos habla el renacentista Don Juan Tenorio, cuando afirma que para él no hay «más vida que ésta de acá».

situada la postura de los occidentales que –en el número que sea– viven con la creencia en la reencarnación.

Movidos por la actual antropología científica y filosófica, algunos teólogos cristianos, tanto protestantes como católicos, han comenzado a pensar que la muerte del hombre es muerte del hombre entero, aniquilación de su terrenal realidad psicoorgánica, y por tanto que la resurrección de que habla el Símbolo de la Fe consistirá, por obra de la omnipotencia divina, en la creación de una nueva realidad, en la cual será misteriosamente asumida la vida personal del difunto. Hacia este modo de concebir la muerte y la resurrección se inclinaba, durante sus últimos años, el pensamiento de Zubiri.

La anterior alusión a Bloch es sólo una muestra de la revisión del marxismo tradicional y tópico que, en relación con el problema filosófico de la muerte humana, han emprendido pensadores neomarxistas (el propio Bloch, Garaudy) y posmarxistas (Adorno, Horkheimer, Morin). Algo hay en el hombre «inaccesible a la muerte», afirma Garaudy. Es «impensable» la idea de que la muerte sea lo absolutamente último, dice Adorno. La esperanza de que la injusticia del mundo no prevalezca, de que el asesino no triunfe para siempre sobre la víctima inocente, conduce a Horkheimer al «anhelo de lo absolutamente Otro». Una empeñada, apasionada reflexión sobre lo que la muerte del hombre es, ha suscitado en Edgar Morin la esperanza de «reformar la muerte» y de lograr así una relativa «amortalidad». El imperativo del *non omnis confundar*, de Ernst Bloch, tímido y deliberado calco del horaciano *non omnis moriar*, opera en muchos hombres, cuando se deciden a pensar acerca de sí mismos.

Así veo yo las principales interpretaciones de la realidad de la muerte –por tanto: las principales creencias en torno a la muerte humana– vigentes en la sociedad actual. A través de ellas, y no sólo por obra de los ritos histórico-sociales del morir, la muerte se hace evento, además de ser hecho biológico, clínico y social. Sobre ellas deberá pensar el médico que reflexivamente contemple a sus pacientes, cuando un invencible giro de su dolencia les trueque en moribundos.

II. EL MEDICO Y LA MUERTE

«Ante el espectáculo de las postrimerías de la vida –escribió Letamendi–, quien no sufre, carece de entrañas; quien no filosofa, carece de entendimiento.» Cierto. El médico que no carezca de entrañas, aquel que en sus enfermos no se limite a ver organismos bioquímica y anatomopatológicamente alterados, sufrirá cuando vea a uno de ellos próximo a morir; y el que no carezca de entendimiento y no haya renunciado a la actividad de ejercitarlo, de uno o de otro modo filosofará acerca de lo que la muerte humana sea. Acabo de indicar cuáles son hoy las posibles pautas de tal reflexión. Pero ante el moribundo –y luego ante el difunto– el médico no debe limitarse a sufrir y filosofar, debe también actuar. Veamos cómo.

1. La asistencia al moribundo

Llamamos «moribundo» al hombre que está muriendo o se halla muy próximo a morir; aquel en el cual, según lo que en él vemos y de él sabemos, va a cumplirse muy pronto nuestra universal e inexorable servidumbre a la muerte. Pero el médico, ¿puede conformarse con la formulación de tan trivial aserto y con la distante pasividad que de él parece derivarse?

a. *Muerte cierta, hora incierta*

Mors certa, decían los antiguos; existir es ser-para-la-muerte, ha escrito Heidegger y han repetido luego miles y miles. La muerte es para el hombre una forzosidad invencible, impuesta por la naturaleza. Sin duda. Pero si el morir mismo es absolutamente forzoso, ¿lo es acaso su cuando? Salvo el asesino que a quemarropa dispara contra su víctima, ¿puede alguien predecir con exactitud el momento en que ha de morir un hombre? *Mors certa, hora incerta*, reza en su integridad el viejo aforismo. «No hay joven que no pueda morir al día siguiente, ni viejo que no pueda vivir un año más», decía don Ramón Menéndez Pidal, pasados ya sus noventa años, para dar razón del ánimo con que iniciaba la composición de un nuevo libro.

Contemplado desde la práctica médica, ese obvio e indestructible contraste entre la certidumbre del tener que morir y la incertidumbre del no saber cuándo, ha suscitado un doble y grave problema: conocer de antemano cuándo parece segura la inminencia del morir y luchar técnicamente contra ella.

Desde la antigua Grecia vienen hablando los médicos de estados morbosos y accidentes fortuitos «mortales de necesidad», expresión que traduce a nuestro idioma la fórmula *kat'anánkên* de los griegos. ¿Qué hacer ante ellos? Entre los médicos hipocráticos más tradicionales y menos osados, la respuesta fue: predecir y acatar. Predecir ante un cuadro morboso la existencia de signos reveladores de la inminencia de la muerte –por tanto: afinar todo lo posible la práctica del pronóstico; de tal empeño nació la luego tan famosa descripción de la «facies hipocrática»– y, puesto que la muerte era en tal caso la consecuencia de un decreto inexorable de la divina *phýsis*, acatar sumisa y venerativamente el fatal imperativo y abstenerse de luchar contra su cumplimiento, porque de nada serviría entonces el saber técnico y porque la conducta del médico podría ser considerada pecado de *hýbris*, ansia de rebelión y desmesura contra un mandamiento de *lo divino*. «El objeto de la medicina –dice el escrito hipocrático *Sobre el arte*– es eliminar el sufrimiento de los enfermos, disminuir la violencia de las enfermedades y abstenerse de tratar a los que se hallan dominados por la enfermedad, porque en ellos nada puede hacer el arte.» Pero si la certidumbre del tener que morir es total e inconmovible, ¿puede serlo acaso la del ocasional juicio pronóstico del sanador, esto es, su idea de que tales y tales signos, cuyo discernimiento sólo se apoya en la experiencia clínica, indican con certidumbre la *anánkê* –la divina inexorable fatalidad– de la incurabilidad o de la muerte del enfermo? Tal interrogación determinó que los hipocráticos

menos conformistas y más osados –los autores de los escritos quirúrgicos y el de *Sobre la enfermedad sagrada*– pensaran que el médico puede, con su arte, curar o mejorar estados morbosos ordinariamente tenidos por incurables o mortales *kat'anánkên*, y de obrar en consecuencia. No parece inadecuado decir que, desde este punto de vista, la historia de la medicina ha sido un constante esfuerzo por reducir al máximo el área de lo incurable o lo mortal «por necesidad»; con tanta eficacia realizado, que los conceptos de «incurable por necesidad» y «mortal de necesidad» casi han desaparecido de la mente del médico. Sólo ciertos traumatismos (encefálicos, cardíacos, etc.) y ciertos envenenamientos (cuando la dosis del tóxico es muy alta) matarían necesariamente.

La idea de un progreso indefinido en el poder del hombre sobre la naturaleza fue la cada vez más clara consecuencia del voluntarismo y el nominalismo de los filósofos y teólogos de la Baja Edad Media. El voluntarismo engendró esa idea afirmando que la razón formal de la semejanza del hombre con Dios no es la inteligencia, sino la libertad; tesis que llevaba dentro de sí la afirmación de que, en principio, para el hombre no puede haber en la naturaleza cósmica necesidades absolutas. A su vez, el nominalismo mostró bien pronto el poder que para el conocimiento de la naturaleza cósmica y el dominio sobre ella tienen las previas construcciones mentales del hombre de ciencia (4). Pero ese creciente progreso de la capacidad humana, ¿puede acaso abolir la *anánkê* o *necessitas absoluta* del morir, la al parecer inexorable mortalidad del hombre? Más modestamente: mediante el progresivo dominio técnico sobre la naturaleza, ¿será la humanidad capaz de conseguir que la vida del individuo humano se extinga en una edad hoy inimaginable, y de un modo distinto del que hoy denominamos «muerte»?

No se ha arredrado ante este reto la confianza del hombre en su inteligencia y su voluntad. «La naturaleza no ha puesto término alguno a nuestras esperanzas –escribió Condorcet–... Sin duda que el hombre no se hará inmortal; pero la distancia entre el momento en que comienza a vivir y la época en que, naturalmente, sin enfermedad, sin accidente, experimenta la dificultad de ser, ¿no puede ir creciendo sin cesar?» Expresión que puede ser entendida en dos sentidos: el crecimiento de esa distancia será indefinido «según una ley tal que dicha duración de la vida se aproxime continuamente a una extensión límite, sin poder alcanzarla jamás, o bien según una ley tal que esa misma duración pueda adquirir, en la inmensidad de los siglos, una extensión mayor que una cantidad determinada, cualquiera que fuese la que (a esa extensión) le hubiese sido asignada como límite». En la actual situación –añade Condorcet–, ignoramos todavía cuál de esos dos sentidos del término «indefinido» puede ser aplicado a la prolongación de la vida. Muy semejante a éste fue el optimismo progresista de los médicos alemanes del siglo XIX. Y en nuestros mismos días, teniendo a la vista saberes (genética molecular, evolucionismo) y técnicas (la naciente bioingeniería) insospechables hace cien años, el penetrante y avisado

(4) Véase, acerca de este tema, los ensayos «Enfermedad y vida humana» y «El cristianismo y la técnica médica» en mi libro *Ocio y trabajo* (Madrid, 1960).

Edgar Morin ha escrito: «En el caso de que la humanidad sobrepasara la crisis planetaria, efectuaría la mutación que se invoca o se adivina bajo el nombre todavía tímido, aproximativo y con frecuencia extraviado de Revolución». Mutación a un tiempo biológica e histórica, que llevaría consigo la conquista del modo de ser hombre que E. Morin llama «amortalidad» (5).

Cualesquiera que lleguen a ser los progresos en la lucha contra la fatalidad, *necessitas absoluta* o *anánkê* de la muerte humana, la técnica médica de los últimos decenios –farmacología, reanimación– ha obligado a mirar de manera inédita, harto dramática en ocasiones, la segunda parte del aforismo *mors certa, hora incerta*. La incertidumbre en cuanto a la hora de la muerte no se refiere sólo al hecho de que nadie sabe cuándo ha de morir; se refiere también, y esto es lo nuevo, a la posibilidad de ir desplazando más y más la presentación de la muerte clínica y acreciendo el lapso comprendido entre ella y la total y definitiva muerte biológica. La unidad de vigilancia intensiva (UVI) o de cuidados intensivos (UCI) y los avances en la técnica de la reanimación permiten prolongar la vida del enfermo, que de nuevo llega a ser plenamente humana en algunos casos, y que en otros no pasa de ser mera existencia vegetativa, dramáticamente orlada, casi siempre, por la tenue o vana esperanza de un cambio favorable en la evolución del cuadro clínico.

Cuando el enfermo sale de la UVI para reanudar su vida personal, aunque sólo sea dentro de los límites que su enfermedad consienta, todos, enfermo y familia, darán por bien empleadas la tensión anímica y la penosa zozobra a que en todos da lugar este modo extremo de la asistencia médica. ¿Podrá decirse lo mismo cuando un paciente en coma profundo, tal vez considerado como muerte clínica, sea sometido días y días a la respiración artificial, la medicación cardiotónica y la alimentación gota a gota, para contemplar cómo va extinguiéndose la actividad de su corazón y acaso para terminar «cerrando la llave de paso», quien sabe si con alguna vacilación entre la terca esperanza y la desesperanza total? No resisto la tentación de copiar de Ariès el relato de la muerte del P. François de Dainville, jesuita: «Afecto de leucemia, perfectamente consciente de su estado y viendo con valor, lucidez y serenidad que su muerte se acercaba, colaboró con el personal del centro a donde se le envió.

(5) En *L'homme et la mort* (segunda edición, París, 1970), sugestivo y bien documentado ensayo de antropología-ficción, E. Morin mezcla la ironía con el entusiasmo y propone al lector «el mito moriniano de la amortalidad». He aquí los dos principales fundamentos de su anuncio, puesto que «anuncio» y no «profecía» quiere llamar Morin a su mensaje: 1. Contra lo que –hasta Metchnikoff– todos los biólogos han afirmado, ni el envejecimiento ni la muerte pertenecen necesariamente a la realidad de la vida, como lo muestran la virtual inmortalidad de los animales inferiores y la perduración indefinida del plasma germinal en los superiores (Weissmann). «Lo que más caracteriza a los organismos vivientes es la inmortalidad y no la muerte» (Metalnikov). 2. La genética y la bioquímica celular ulteriores al descubrimiento de la doble hélice por Watson y Crick (1953) permiten advertir la existencia de dos mecanismos distintos en el envejecimiento y la muerte de las células: uno relativo a la programación específica del ADN («muerte específica»; la longevidad y la muerte de las células somáticas de cada especie se hallan genéticamente programadas) y otro dependiente de la acumulación de errores microfísicos en la dinámica del metabolismo intracelular («muerte cuántica»). Pues bien: nada impide imaginar, concluye Morin, que ambas lleguen un día a ser técnicamente gobernables. De este modo el hombre podría hacerse, si no inmortal, sí amortal, como el cosmos a que pertenece. Volveré sobre el tema en el capítulo subsiguiente.

Teniendo en cuenta el estado desesperado del enfermo, se había convenido con el profesor que le atendía que no se emprendería ningún tratamiento "pesado" para hacerle sobrevivir. Durante un fin de semana, viendo agravarse su dolencia, un interno le hizo transportar al servicio de reanimación de otro hospital. Aquello fue terrible. La última vez que le vi, a través del vidrio de una cámara aseptizada, y sin poder hablarle más que por el interfono, yacía sobre una camilla, con dos tubos inhalatorios en la nariz, un tubo espiratorio que le ocluía la boca, no sé qué aparato para sostenerle el corazón, un brazo bajo perfusión, el otro bajo transfusión, y en la pierna la conexión con un riñón artificial. "Sé –le dije– que no puede hablar... Me quedo aquí para velar con usted unos minutos..." Entonces vi que el P. de Dainville liberaba sus brazos y se arrancaba la máscara espiratoria. Me dijo, creo, sus últimas palabras, antes de hundirse en el coma: "Se me priva de mi muerte"». Escenas semejantes a ésta, ¿cuántas veces se habrán repetido desde hace medio siglo en los servicios de recuperación?

«Se me priva de *mi* muerte.» El tantas veces repetido verso de Rainer María Rilke –*O Herr, gib jedem seinen eigenen Tod!* «¡Señor, da a cada uno su muerte propia!»– adquiere en esa frase su más radical sentido. Porque la «muerte propia» de un hombre no es la muerte estética que otro conocido verso, éste italiano, *Un bel morir tutta una vita onora*, proclama como ideal; es aquella que el moribundo puede asumir como suya en un supremo acto personal. Lo cual obliga a repetir, dándole su más profundo sentido, la interrogación anterior: ¿cuántas veces la medicalización de la muerte, sólo por prolongar sin esperanza una vida punto menos que extinta, habrá impedido que el moribundo muera su muerte propia?

b. *Técnica y ética*

La esencial condición ética del acto médico alcanza gravedad y patetismo muy especiales en el caso de la asistencia al moribundo. Acabamos de verlo, a la luz de un solo ejemplo. Ante el amenazado de muerte próxima y ante el moribundo, el médico no puede –ni debe– renunciar a su técnica, porque hacer vivir y ayudar a vivir constituye el nervio de su misión y su oficio; mas tampoco puede –ni debe– desconocer los serios problemas éticos que en tal caso le plantea su aplicación. ¿Cómo, pues, logrará armonizar satisfactoriamente la técnica y la ética?

Sabiendo muy bien que la peculiaridad del caso particular debe ser lo que en última instancia decida, propondré una pauta de conducta, basada en parte sobre la experiencia y las indicaciones de E. Kübler-Ross e integrada por los cuatro siguientes puntos.

1.º Obligatoriedad de la asistencia médica al moribundo. Si el médico quiere en verdad ver en el enfermo una persona doliente, no un simple organismo dañado, y si tiene en cuenta que el imperativo de «favorecer», aunque no logre curar, es, desde los hipocráticos, su más elemental y profundo deber, no puede

despedirse de la familia del enfermo en trance de morir con la fórmula, tan pedantesca como distante, que la visión científico-natural de la medicina acuñó: «Señores, la ciencia no es capaz de más». Entre otras cosas, porque la ciencia del hombre –tal es el nervio de este libro– obliga a trascender la visión del enfermo que la ciencia natural ofrece.

2.° La verdad como punto de partida. Afirmé en páginas anteriores que el médico debe decir al paciente toda la verdad que convenga a su bien natural (el logro de la salud) y a su bien personal (el destino último de su existencia, tal como sus creencias lo entiendan); por tanto, toda la verdad que sea capaz de soportar. Pues bien: según la experiencia, el moribundo es el enfermo más capaz de soportar toda la verdad; incluso la pide en tantas ocasiones, si se sabe leer en su mirada y en sus silencios. El *savoir faire* y el *savoir dire* del médico harán en cada caso que su respuesta sea humana y médicamente la adecuada.

3.° Apelación a la ayuda técnica. La oportunidad y la elección de los recursos para prolongar la vida deben ser decididos, si esto es posible, entre el médico y el enfermo o las personas más próximas a éste. La abusiva medicalización de la muerte debe ser evitada.

4.° Discreta psicoterapia con la palabra oportuna y con el silencio. Es el momento en que la enfermedad, que comenzó siendo *morbus ante verbum* (el inicial y casi inefable sentimiento de estar enfermo) y pasó a ser *morbus in verbo* (cuando el enfermo y el médico, cada uno a su modo, pueden hablar de ella), se convierte en *morbus ultra verbum*. «Los que tienen la fortaleza y el amor suficientes para sentarse junto a un enfermo moribundo *en el silencio que va más allá de las palabras* –escribe E. Kübler Ross–, sabrán que ese momento no es espantoso ni doloroso, sino el pacífico cesar del funcionamiento del cuerpo... Ser terapeuta de un paciente moribundo nos hace conscientes de la condición de único que posee cada individuo en este vasto mar de la humanidad. Nos hace conscientes, por otra parte, de nuestra finitud, de la limitación de nuestra vida.» Y la autora da término a su reflexión y a su libro con esta estrofa de Rabindranath Tagore:

El agua en un vaso está llena de destellos;
el agua del mar es oscura.
La pequeña verdad tiene palabras claras;
la gran verdad tiene un gran silencio.

2. La conducta ante el cadáver

El cadáver de un hombre no es, sin más, una cosa; es el cuerpo en que y con que una persona realizó su existencia en el mundo. Así lo ha visto siempre la humanidad –por lo menos, desde que en el paleolítico inferior comenzó la inhumación de cadáveres; lo cual no excluye que anteriormente hubiese ritos funerarios no seguidos de inhumación–, y así debe verlo el médico. Dos líneas pueden ser distinguidas en ese deber.

a. *El diagnóstico de la muerte*

El médico debe ser capaz de diagnosticar la muerte clínica, cuando ésta se presente, y en todo caso la muerte biológica, esa a que desde hace tiempo se refieren los médico-legistas cuando sin mayor precisión hablan del «diagnóstico de la muerte».

Respecto de la muerte clínica o cerebral, la Universidad de Harvard propuso en 1968 un criterio diagnóstico integrado por siete requisitos: ausencia total y permanente de conciencia; ausencia permanente de respiración espontánea; ausencia de toda reacción a los estímulos externos, y por tanto de reflejos; atonía de todos los músculos; cese de la termorregulación; tono vascular sólo mantenido mediante fármacos; extinción completa y permanente de la actividad eléctrica del cerebro. Más o menos coincidente con ése ha sido, pocos años más tarde, el dictamen de la conferencia de los *Royal Colleges of Physicians* del Reino Unido. En lo tocante al diagnóstico de la muerte biológica o muerte a secas, remito a lo que enseñan los tratados de Medicina legal.

b. *La necropsia anatomopatológica*

En modo alguno quiero afirmar que la práctica de la necropsia sea un deber del médico; sólo en determinados casos lo será, y nunca para todos los prácticos de la medicina. Quiero únicamente decir que el estudio anatomopatológico del cadáver puede ser también antropológico, además de ser científico-natural, si se le practica con real integridad científica y con intención tácitamente ético-social. No hay, en efecto, necropsia bien hecha –el gran anatomopatólogo Rössle supo subrayarlo– si quien la practica no examina el cadáver teniendo en cuenta el pasado patológico del hombre al que el cuerpo perteneció, y por consiguiente *también* el contenido de la anamnesis a que con motivo de su enfermedad fuese sometido. Y en la necropsia debe verse, por otra parte, el acto con que el donante del cadáver –el difunto mismo, a través de quienes *post mortem* le representen– contribuye al progreso del saber médico y a la consiguiente mejora de la futura atención al enfermo. *Taciturna mors plus quam loquax vita docet* decía en Madrid, expresando la ambiciosa conciencia científica de todos los anatomopatólogos, la divisa de una sala de autopsias dieciochesca.

CAPITULO 9

La mejora de la naturaleza humana

En el más estricto sentido de la palabra, sólo es médico el médico cuando asiste a enfermos; mas, como ya indiqué, desde que la medicina se hace técnica y el médico se eleva a experto en el conocimiento de la naturaleza humana, la conservación de la salud y el robustecimiento de la naturaleza del individuo van a constituirse en esenciales tareas suyas. La conciencia histórica del asclepíada que compuso el escrito hipocrático *Sobre la medicina antigua*, para el cual la *tékhnê iatrikê*, en tanto que inventora de una dieta adecuada a la *phýsis* del hombre, salvó a la humanidad primitiva de su extinción, y la ambición del que escribió *Sobre la dieta*, tan convencido de la capacidad de sus prescripciones para potenciar la inteligencia, son dos claros ejemplos de esa ampliación del horizonte del médico. Una disciplina nacerá de ella, la higiene, formalizada ya en el tratado galénico *De sanitate tuenda*.

A través de los *Regimina* medievales, las pautas dietéticas del Renacimiento y el estudio de la relación entre profesión y enfermedad (Paracelso, Ramazzini), la higiene irá adquiriendo dimensión social. Claramente la posee a fines del siglo XVIII el *System einer vollständigen medizinischen Polizey*, de Johann Peter Frank; y desde él hasta la obra de Pettenkofer y sus coetáneos, que introducen en la higiene pública los métodos de la investigación física y química y la cuantificación estadística, y poco más tarde hasta Grotjahn, cuya obra fue tan decisiva para la constitución de la patología y la higiene sociales, esa disciplina llegará a ser una de las fundamentales del saber y la práctica del médico. Hasta la segunda mitad del siglo pasado, la prevención de las enfermedades y la mejora del potencial biológico del individuo humano siguen siendo las metas fundamentales de la contribución del médico a la mejora de la naturaleza humana. Sólo a partir de Darwin y Galton comenzará a plantearse de un modo nuevo la realización de este empeño.

En las páginas subsiguientes expondré de manera sinóptica y desde un punto de vista formalmente antropológico las novedades que a este respecto han ido apareciendo durante los últimos decenios. Serán ordenadas en dos

apartados: «Mejora de la naturaleza individual desde el soma» y «Mejora de la naturaleza individual desde el germen». Otro, titulado «La humanidad futura», pondrá fin al capítulo y al libro.

I. MEJORA DE LA NATURALEZA INDIVIDUAL DESDE EL SOMA

Uso aquí el término «soma» en el peculiar sentido biológico con que Weissmann lo empleó: el conjunto de todo lo que en el organismo de un metazoo no pasa a sus descendientes (plasma somático, *Somatoplasma*); por tanto, todo él, salvo los núcleos de sus células germinales (plasma germinal o «germen», *Keimplasma*). Genéticamente considerado, el soma es la realización fenotípica –en la medida, por tanto, en que lo permitan o lo favorezcan las condiciones del medio– de las virtualidades específicas, estirpales e individuales del genotipo de un individuo viviente.

Como acabo de apuntar, la mejora de la naturaleza individual de un sujeto –aumento de su resistencia a las enfermedades, robustecimiento de su organismo, desarrollo de su psique– ha sido tradicionalmente intentada desde el soma mismo. Galénico o no, el médico se proponía gobernar el ejercicio de las *sex res non naturales* del galenismo –actividad respiratoria, alimentación, movimiento y descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones, afectos del ánimo– para mejorar la estructura anatómica, la capacidad funcional y la resistencia a las agresiones del sujeto en cuestión. La importantísima, benéfica novedad que en el orden práctico aportará, desde Jenner, la vacunación preventiva, no ha cambiado sustancialmente las cosas, miradas desde el punto de vista adoptado por mí: el médico actúa sobre el soma de un individuo para mejorar el componente somático de su naturaleza. Pero influyendo sobre él sin la pretensión, utópica hasta nuestros días, de modificar directamente la estructura del germen mismo, actuando sólo sobre la realidad y la conducta del soma, ¿puede ser mejorada la estirpe a que pertenece el individuo? Darwin y Galton comenzaron a responder afirmativamente; y aunque la ulterior respuesta de Weissmann fuera rotundamente negativa, porque, en su opinión, el plasma germinal pasa sin modificación posible de los progenitores a los descendientes, las ideas de Galton y el nombre con que las bautizó, «eugenesia», siguieron ganando vigencia a fines del siglo XIX y durante el nuestro.

En consecuencia, el estudio de la mejora de la naturaleza humana desde el soma debe deslindar dos temas: la mejora de las capacidades biológicas del mismo soma y los intentos de modificar el germen actuando sobre el componente somático de la naturaleza individual.

1. El soma como objeto de la mejora

En 1920, el higienista norteamericano Winslow definía así la sanidad pública *(Public Health)*: «es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolon-

gar la vida y fomentar la salud y la eficacia vital». Con estas palabras resumía lo mucho que los médicos, los higienistas, los urbanistas y los hombres de Estado habían hecho durante un siglo y se disponían a hacer –y a proyectar, y a soñar– en los años subsiguientes. Veámoslo.

a. *Hechos*

Prevención de la enfermedad, fomento de la salud, prolongación de la vida; a partir de Jenner, Johann Peter Frank, Pettenkofer y Pasteur, los progresos en el logro de estos tres objetivos han sido realmente fabulosos.

En la Inglaterra del *report* sanitario de Chadwick (1842), la expectativa media de la vida desde el nacimiento era de 35 a 40 años para los aristócratas, de 22 a 25 para los artesanos y comerciantes y de 16 a 20 para los obreros industriales. Hoy, tomada la población en su conjunto, es de 75 para los varones en los países desarrollados (estadísticas de Suecia, USA y Francia), de 45 a 55 en los semidesarrollados (RAU, El Salvador) y de 35 a 40 en los subdesarrollados (Zambia, Gabón). Pero el progresivo aumento de la longevidad media y su relación con la clase social aparece, mucho mejor que en cifras, en el diagrama adjunto (fig. 1).

Concuerdan con estos datos los obtenidos examinando las tasas de mortalidad anual cada *100.000* habitantes, según datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud:

	Francia	Guatemala
Enfermedades agudas	1,5	279
Tumores malignos	203	27,5
Enfermedades cardiovasculares y del SNC	353	49,5
Infecciones del recién nacido	54	1.558
Suicidios	15,5	2,8
Homicidios	0,8	11,4

Paralelamente, la mortalidad infantil (número de defunciones antes del primer año de vida por cada *1.000* nacidos vivos) ha pasado en los países desarrollados de 150 (1870) a 17 (1965) y a 10-12 en la actualidad, y en los subdesarrollados de 225 (1965) a 180-200 en los últimos años.

Muestra la tabla precedente que con el desarrollo crece considerablemente la mortalidad en el caso de los tumores malignos (por el aumento de la duración media de la vida), de las enfermedades cardiovasculares y del sistema nervioso central (por el incremento del estrés en la vida urbana) y del suicidio (sin duda, por razones de carácter psicosocial); pero la suma de estas diferencias queda sobreabundantemente compensada por la relativa a las enfermedades agudas y a las infecciones del recién nacido. Todo un haz de empeños y disciplinas –epidemiología tradicional y medicina preventiva antiinfecciosa, medicina de los viajes o emporioiatría, higienización de la vida, mejora de la

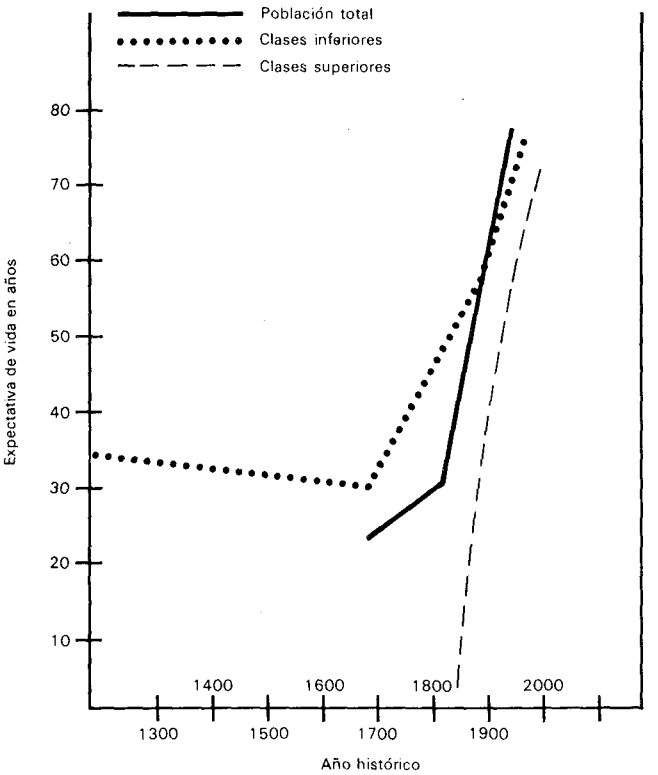


Fig. 1. Relación entre la clase social y la expectativa de vida, desde la Edad Media hasta la actualidad. Diagrama tomado del libro *The Facts of Life and Death.* (Public Health Service de los Estados Unidos, 1955.)

alimentación y de la vivienda, etc.– viene concurriendo al logro de estas cada vez más satisfactorias cifras. Más aún: el médico actual está empezando a comprender que, como hace años advertía el psiquiatra Kretschmer, «la salud pública no es ante todo un problema de bacterias, sino de ética»; problema que se extiende desde la relación materno-filial hasta el campo del trabajo diario. El conjunto del planeta y sus habitantes –ha escrito, por su parte, el sanitario Hanlon– viene a ser para el médico actual algo así como una casa en parte ya habitada y en parte todavía por habitar, en la cual es preciso llevar a cabo una operación de limpieza (enfermedades infecciosas), otra de reparación (trastornos congénitos, rehabilitación) y otra de construcción (lucha contra las enfermedades crónicas y constitucionales, promoción de la salud y de una vida mejor). Así será, sin duda, si una guerra nuclear no da al traste con toda la parte habitada de la casa.

b. *Expectativas*

Sólo a medias explícitos en ese programa de Hanlon, tres ideales destacan en la empresa de mejorar el soma del hombre desde el soma mismo: la eliminación de la enfermedad, la indefinida prolongación de la vida y la forma meliorativa de la sociedad.

1.º ¿Llegará a desaparecer del planeta la enfermedad humana? Desde que el progreso indefinido de las posibilidades de la técnica se ha convertido en mito –incipiente en la *Respublica fidelium*, de Rogerio Bacon; explícito en el progresismo de los siglos XVII y XVIII; arrollador desde que la física, la química y la biología del siglo XIX dan alas y consistencia a ese progresismo–, la erradicación total del enfermar humano por obra conjunta de la inteligencia, la voluntad y el trabajo viene siendo una de las metas de la esperanza histórica de la humanidad. De manera tácita o expresa, tal esperanza fue, desde la fundación de la *Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte* (1822), uno de los motivos constantes de sus asambleas anuales; muy bien ha sabido mostrarlo H. Schipperges en su libro *Utopien der Medizin*. «Como Constantino (respecto de la cruz), nosotros podemos decir (respecto de las ciencias de la naturaleza): *in hoc signo vinces*», proclamaba en 1872, en la reunión de Leipzig, uno de los portavoces de esa *Gesellschaft*; y entre los primeros enemigos sobre los que la ciencia natural había de triunfar se hallaba, por supuesto, la enfermedad. La esperanza ha seguido vigente en nuestro siglo, aunque el temor de su expresión no sea hoy tan profético y mesiánico. Brockington, excelente historiador inglés de los problemas sanitarios, claramente lo afirma: «La simple ausencia de enfermedad ya no está muy lejos». En los actos con que se conmemoró el sesquicentenario de la Universidad de Berlín, el soviético Kedrov, representante de la Academia de Ciencias de Moscú, fue todavía más tajante: «La fortaleza de la enfermedad ha sido asaltada en un amplio frente, y será destruida. En el futuro no habrá enfermedades». ¿Llegarán a cumplirse estas profecías? La enfermabilidad, decía yo en páginas precedentes, es una propiedad defectiva de la naturaleza humana; ser hombre es, entre otras cosas, poder enfermar. Pues bien: si tal condición pertenece a la esencia misma de nuestra naturaleza, ¿será posible la existencia de una humanidad totalmente exenta de enfermedades? Pienso que la respuesta exige distinguir en la estructura de esa posibilidad dos momentos: lo que la enfermedad es hoy y lo que puede ser en el futuro.

En cuanto a *las actuales enfermedades*, ¿cabe imaginar racionalmente, no como fantasía novelesca, una humanidad por completo exenta de ellas? Perfectamente imaginable es la total desaparición de las enfermedades infecciosas, las neoplasias y no pocas de las degenerativas, si la investigación científica de los próximos decenios confirma lo que de ella cabe esperar. No puede ser tan optimista el pronóstico en lo tocante a las llamadas «enfermedades de la civilización», porque sólo como idílica utopía puede ser concebida una sociedad en la cual el estrés y el conflicto se hayan extinguido para todos y por completo.

Respecto de las dolencias constitucionales y hereditarias, remito a lo que en el apartado próximo se dirá. Quedan, en fin, los accidentes traumáticos. Movido por lo que en la Edad Media se pensaba acerca de la naturaleza de Adán, y para dar razón –ingenua y creyente razón– de la inmunidad de éste frente a cualquier accidente morboso, el Santo Tomás teólogo se vio obligado a suponer que una gratuita y permanente capacidad de previsión impediría al primer hombre tropezar con las piedras y los árboles del Paraíso. Los actuales utopistas de la vida histórica futura, ¿atribuirán a la organización de la sociedad que sueñan una capacidad semejante, ahora para los accidentes de tráfico terrestres, atmosféricos y espaciales? Bien. Con las reservas apuntadas, concedamos generosamente que las enfermedades hoy conocidas van a ser eliminadas del planeta a lo largo del siglo XXI. Pero tal perspectiva, ¿puede ser considerada como inobjetablemente beneficiosa para la especie humana?

Invocando a su manera el principio darwiniano de la selección natural, o trasladando a la biología el racismo histórico-cultural del conde de Gobineau y de Houston Stewart Chamberlain, no han faltado médicos y biólogos que se han atrevido a dar una respuesta negativa a la interrogación precedente; por ejemplo, G. K. Bowes, para el cual serían deseables las mortíferas epidemias antiguas, y A. S. Johnson, que en su panfleto *Propagation of Poor Protoplasma* imputó a la sociedad civilizada la protección de los débiles y tarados, y la pertinaz malversación de su caudal de hombres sanos, porque éstos son los que envía a la guerra. Ahora bien: en el caso de una epidemia grave, ¿podrían realmente sobrevivir los individuos más aptos si a la vez no se protegiese a los menos aptos? En la página del archivo parroquial de Stratford-on-Avon correspondiente al año 1564 una mano escribió *Hic incipit pestis*. Vistas las cosas desde nuestro siglo, comenta Hanlon, ¿no fue acaso un azar afortunado que William Shakespeare, varón luego aptísimo y entonces niño recién nacido, no muriese entre tantos otros? También los individuos más aptos mueren en las epidemias, y también los hombres enfermizos pueden dar lustre a la humanidad.

Al lado de la posibilidad, todo lo matizada que se quiera, de exterminar las enfermedades actuales, hállase el problema de *las posibles enfermedades del futuro*.

Por muy finos y poderosos que lleguen a ser los recursos técnicos del hombre, ¿puede afirmarse rotundamente que respecto a la evitación de dichas enfermedades exista esta segunda posibilidad? Con otras palabras: ¿llegarán los hombres a ser capaces de impedir la aparición de cualquier enfermedad? No parece esperable una respuesta afirmativa. Siempre podrá acontecer, en efecto, que gérmenes hoy inocuos o aparentemente dominados por la medicina profiláctica experimentan una mutación de carácter nosogenético, y nunca podrán calcularse con suficiente seguridad las consecuencias de la salida del hombre al espacio cósmico y las secuelas de las técnicas industriales del futuro. Más aún: bajo la indudable posibilidad de tales eventos, otra razón de orden más esencial parece abonar la licitud de tal reserva: el peculiar carácter del enfermar de nuestra especie.

¿Por qué enferma el hombre? Lo sabemos: porque a consecuencia de un azar no querido (contagio microbiano), de un riesgo consciente o inconscientemente deseado (afanarse por ascender al Everest o por consumir desesperadamente la propia vida), de un conflicto en la relación con los demás hombres (neurosis diversas) o de una situación consciente o inconscientemente aceptada (la del trabajador mal protegido contra los accidentes laborales), su organismo se ve obligado a conducirse con arreglo a ese anormal modo de vivir a que damos el nombre de «enfermedad». Pues bien: mientras no se demuestre otra cosa, a la esencia del hombre le pertenece como hábito permanente –o al menos como incitadora tentación– el querer más de lo que tiene y de lo que puede; por tanto, la decisión de arriesgarse por lograr eso que quiere, e incluso de quemar su vida en el trance. La existencia histórica del hombre no es tan sólo una «respuesta al desafío» que lanza hacia él la situación en que se encuentra, según la conocida fórmula de Toynbee; es también, y con frecuencia no escasa, el osado «lanzamiento de un desafío» a esa situación o a un determinado poder de la naturaleza. Vivir como hombre es tanto responder al guante que el mundo en torno le arroja como arrojar el guante a ese mundo. De ahí el progreso histórico del género humano, y de ahí también que el hombre, pudiendo evitar cualquiera de las enfermedades que haya llegado a padecer, porque su mente le permite gobernar la naturaleza «desde arriba», no puede escapar al destino de padecer alguna enfermedad. ¿Cuál? ¿Sólo los accidentes traumáticos, las dolencias por desgaste y las afecciones morbosas que un Kraepelin no meramente psiquiatra llamaría «ponopatías» (enfermedades de la actividad), «homilopatías» (enfermedades de la relación interhumana) y «simbantopatías» (enfermedades causadas por los reveses del destino)? Quien viva lo verá. Algo, sin embargo, parece seguro: que la pesadumbre de poder enfermar siempre y tener que enfermar alguna vez, acompañará inexorablemente al hombre en su historia.

2.º No menos animosa y optimista viene siendo, durante nuestro siglo, la actitud de los hombres de ciencia y los futurólogos ante el problema de la *prolongación de la vida*.

En sus *Essais optimistes sur la nature humaine* (1914), Metchnikoff afirmaba que el término «normal» de los ciento cincuenta años que él mismo había señalado a la duración media de la vida del hombre no debe ser considerado como un límite. Por otra parte, esos ciento cincuenta años no le bastan. «¿De qué serviría vivir cien o ciento veinte años en lugar de setenta u ochenta –escribe el gran biólogo–, si perdura la misma horrible perspectiva de la inevitable aniquilación de la muerte?» Pregunta a la cual respondía expresando la esperanza de una muerte aceptable al término de una vida apurada hasta las heces, en el cual el hombre diría: «Estoy satisfecho. Todo lo he agotado y todo lo he superado. Quiero morir». Pero esto, ¿a qué edad querría decirlo el hombre?

Optimismo semejante declaraba el soviético Kedrov, varios decenios más tarde, en el discurso antes citado: «El objetivo próximo de la medicina actual es la prolongación de la vida hasta los doscientos años, con una total conserva-

ción de la juventud y de la belleza» (suponiendo que ésta se tenga, habría que añadir). Más modesto y pragmático, el bioquímico y gerontólogo de Boston F. M. Sinex se conforma con prever que si en los Estados Unidos se hace un esfuerzo para entender científicamente lo que es el envejecimiento –que para el biólogo P. B. Medawar es algo sobreimpuesto al proceso biológico de la evolución; una vicisitud, por tanto, no implícita y automáticamente incluida en el funcionamiento del ser vivo–, «es razonable esperar que el valor medio de la vida alcanzará los cien años al final de nuestro siglo».

¿Es posible ir más lejos? El estudio de lo que biológicamente son el envejecimiento y la muerte, ¿permitirá ir dilatando indefinidamente el término de la vida y hacer del hombre un ser virtualmente amortal? Eso esperan de las técnicas de la hibernación muchos norteamericanos actuales, y eso afirma la imaginación antropológico-científica de E. Morin, con la que de nuevo habremos de encontrarnos en el apartado subsiguiente.

Aliada a la confianza en la ciencia, la sed de vivir que hay en los senos de la realidad del hombre –salvo, a lo sumo, en quienes se suicidan para aniquilarse– ha ganado en las almas de nuestro tiempo una esperanza inédita. ¿Se realizará en el mañana que para nosotros son los siglos venideros?

3.° No sería posible una vida sin enfermedades e indefinidamente prolongada, si su marco no fuese una sociedad cuya estructura y cuya dinámica no la permitiesen. La *reforma de la sociedad* –y consiguientemente de la conducta individual– es el tercero de los grandes ideales a que aspira la mejora técnica de la condición humana.

Desde los decenios centrales del siglo pasado viene el médico viéndose a sí mismo como pieza imprescindible en la ejecución de tal reforma. El investigador científico es el adelantado de la libertad del hombre, decía el joven Virchow en 1865. Tres serían, a su juicio, las dimensiones esenciales de la medicina científica: es un saber «teorético», y sobre éste debe, en consecuencia, descansar la antropología; es además una disciplina «social», hasta el punto de que la buena política debe ser considerada como *Medizin im Grossen*, «medicina en gran escala»; es, en fin, una instancia «evolutiva», en un sentido a la vez histórico y moral de ese término, porque ella es la que principalmente descubre y fomenta el gran principio de «la perfectibilidad de la naturaleza». El fin principal de la medicina –proclamará Salomon Neumann, conmilitón de Virchow por esos años– no es tanto curar como procurar salud, y por consiguiente lograr «una situación social y jurídica que permita a los desheredados poseer su único patrimonio, la salud». Suprimir todas las calamidades sociales, abolir sus inmediatas consecuencias destructoras –la enfermedad, la debilidad, la miseria–, tanto en el individuo como en la sociedad; convertida en «autoridad suprema», todo esto va a hacer la medicina del futuro, anunció solemnemente J. Petersen, en 1877. Y esto es lo que pocos años después, ya en el orden de los hechos, verá iniciarse en Europa y América el historiador de la Medicina Julius Pagel.

Las dos apocalípticas guerras mundiales de nuestro siglo no han impedido que este ambicioso enfoque de la misión del médico perviviera en Occidente.

Muy bien lo hace ver el texto de Hanlon antes transcrito. Mejor aún lo revelan el proyecto de «medicina ecológica» formulado por H. Schipperges, y su nietzscheana concepción de la «ciencia de la curación» *(Heilkunde)* como «cultura de salvación» *(Heilkultur)*. O, contemplado el problema desde las perspectivas que hoy ofrece la neurofisiología, la idea de una «sociedad psicocivilizada» que entre nosotros ha propuesto Rodríguez Delgado.

2. Mejora del germen desde el soma

Si los caracteres biológicos a que da lugar la selección natural no pasaran de quienes los van adquiriendo a las generaciones subsiguientes, no sería posible la génesis de especies nuevas. Obviamente, así tuvo que pensarlo Darwin. El cual, desconocedor, por una parte, de los decisivos hallazgos de Mendel (1), y muerto, por otra, veinte años antes de que Hugo de Vries descubriese el fenómeno de la mutación, explicó la transmisión hereditaria de los caracteres adquiridos mediante una concepción de la herencia en cuya estructura se combinaban tres nociones básicas: la pangénesis (todas las células del organismo participan en dicha transmisión), la herencia por fusión (las células sexuales de los progenitores se mezclan íntegramente entre sí) y la existencia de corpúsculos subcelulares, vectores de los caracteres hereditarios, que pasarían de las células del organismo a las células sexuales y se acumularían en ellas (las hipotéticas «gémulas»). Sólo con el descubrimiento de Hugo de Vries pudo ser corregido este importante error del inicial evolucionismo darwiniano.

Seducido por la lectura de *El origen de las especies*, Francis Galton, primo de Darwin, concibió la idea de aplicar el pensamiento de éste a la intelección de la herencia humana y a la modificación meliorativa de los individuos mediante un metódico gobierno de la selección natural. Así nacieron la disciplina y el nombre de la «eugenesia» *(eugenics)*, en cuya historia deben ser discernidas dos etapas: una en la cual se intenta modificar desde el soma las virtualidades genéticas del germen (la eugenesia clásica y la eufenesia) y otra en que empieza a plantearse como objetivo la modificación directa del germen mismo (la nueva eugenesia). Sólo la primera de ellas va a ser tenida en cuenta en este apartado.

a. *Eugenesia clásica*

Varios motivos se aunaron en la génesis de la idea de Galton y en la acogida que le dispensó el mundo occidental: el auge del darwinismo social, y con él la convicción de que la dinámica de la sociedad se halla fundamentalmente regida por la selección natural y la supervivencia de los más aptos; la creencia

(1) Como es bien sabido, los dos trascendentales estudios de Mendel, publicados en una revista de Brünn, permanecieron desconocidos para los hombres de ciencia durante más de treinta años, hasta que en 1900, independientemente entre sí, los descubrieron para el mundo científico de Vries, Tschermark y Correns.

en la perfectibilidad de la naturaleza humana, tan extendida en Occidente desde el siglo XVIII; el temor a un deterioro biológico de la especie, en Europa como consecuencia del incremento de las estirpes «biológicamente inferiores» a que parecía conducir la eficacia de la higiene pública y la medicina preventiva, en América por obra de la inmigración del «subproducto social» de Europa.

Así condicionado, un amplio movimiento eugenésico surgió en varios países europeos, especialmente en los nórdicos, y en los Estados Unidos de América. La supresión de las estirpes biológicamente taradas (eugenesia negativa) y el aumento del número de los individuos biológicamente valiosos, más aptos, por tanto, para el buen éxito de la selección natural (eugenesia positiva), fueron las dos grandes líneas en la actuación de los eugenistas; y la política sanitaria, el consejo prematrimonial, la anticoncepción orientada y la promulgación de leyes coactivas de carácter eugenizante, las metas inmediatas de esa actuación.

Este sucinto bosquejo permite advertir que tanto la eugenesia negativa como la positiva, aquélla, sobre todo, puede conducir a prácticas éticamente muy discutibles, cuando no francamente recusables: la prohibición de matrimonios, la discriminación automática y apriorística de grupos humanos (ley norteamericana de inmigración de 1924, leyes antisemíticas de la Alemania nazi), la esterilización forzosa (iniciada en el Estado norteamericano de Indiana, 1907) y, horror de horrores, la cremación de enfermos mentales y de judíos que tan gravemente había de manchar, entre 1933 y 1945, la historia de Alemania. Qué lejos esta brutal eugenesia racista de la que ideó Galton, aun cuando algún germen de lo que luego sucedió latía en ella, y de la limpia, suasoria y humanísima que entre nosotros difundió Marañón con su ensayo *Amor, conveniencia y eugenesia.*

La suerte de las ideas eugenésicas ha sido muy desigual a lo largo de nuestro siglo. Tras el inicial ascenso de su prestigio vino para ellas, entre 1930 y 1960, un periodo de franca declinación, consecutiva a causas diversas; morales y políticas unas (en primer término, la noticia de los extremos a que condujo la eugenesia racista en manos del nacionalsocialismo alemán) y científicas otras (la convicción de la no transmisibilidad hereditaria de los caracteres adquiridos y los resultados de la genética de poblaciones). Contrariamente a lo que pudiera pensarse, el descrédito de la genética darwiniana y su rápida sustitución por la genética mendeliana no influyeron de manera significativa sobre la vigencia social de la eugenesia clásica. En cualquier caso, la estimación científica y social de dichas ideas ha aumentado con fuerza en los últimos lustros. Una «eugenesia nueva» ha nacido en Occidente, en efecto, desde que la biología molecular y, dentro de ella, el descubrimiento de la doble hélice por Watson y Crick (1953), han permitido un planteamiento rigurosamente genético del problema que Galton y la eugenesia clásica trataban de resolver: la mejora de la naturaleza humana desde sus más básicas estructuras.

Pero la intervención sobre el germen desde el soma había de dar, más allá de los recursos, tan drásticos a veces, de la eugenesia clásica, un importante paso nuevo, la eufenesia.

b. *Eufenesia*

Prosiguiendo la feliz contraposición léxica de Johannsen entre «genotipo» y «fenotipo», J. Lederberg (1963) propuso llamar «eufenesia», contrapunto y complemento de la «eugenesia», al conjunto de las prácticas que impiden la expresión fenotípica y morbosa de un genotipo anormal.

La investigación reciente ha logrado demostrar que en la especie humana se acerca a 2.000 el número de las alteraciones patológicas más o menos condicionadas por anomalías del genotipo, y pronto será rebasada esa cifra por los resultados de la investigación futura. Incluso es razonable pensar que en todo vector nosogenético –en la porción del vector nosogenético que solemos llamar «causa dispositiva», «causa interna» o «momento constitucional» de la enfermedad– siempre opera un factor genotípico de carácter específico (sistema de susceptibilidades de la especie *homo sapiens*), estirpal (taras y susceptibilidades propias de la estirpe) e individual (taras y susceptibilidades privativas del individuo que enferma). Tal disposición del genotipo, ¿llegará a realizarse en el fenotipo como enfermedad propiamente dicha? Evidentemente, sólo si lo permiten las condiciones del medio, y por consiguiente del soma en ese medio formado. Lo cual nos hace ver que el oportuno control médico del medio y del soma será capaz de evitar que la mera potencialidad de la anomalía genotípica llegue a realizarse como enfermedad fenotípica.

Un solo ejemplo. La galactosemia congénita es una incapacidad constitucional para utilizar metabólicamente la lactosa, que conduce a la deficiencia mental; pero un diagnóstico precoz de la dolencia y el empleo de los adecuados sucedáneos de la leche permiten lograr un desarrollo normal del niño. Las prácticas eufenésicas, hoy ya numerosas, pueden ser agrupadas en los cinco grupos siguientes: adición de la sustancia deficiente (insulina en la diabetes pancreática, globulina antihemolítica en la hemofilia, hormona tiroidea en el bocio hipotiroideo), restricción dietética de la sustancia nociva (fenilalanina en la fenilcetonuria, lactosa en la galactosemia, proteína en la arginosuccinemia, la citrulinemia, la hiperamonemia, etc.), farmacoterapia eufenésica (alopurinol en la gota y en el síndrome de Lesch-Nyhan, luminal en la hiperbilirrubinemia y en el síndrome de Crigles-Najja, penicilina D en la enfermedad de Wilson), inhibición inmunológica (rhogam en la incompatibilidad Rh entre madre e hijo), intervenciones quirúrgicas (esplenectomía en la esferocitosis, trasplante de médula ósea en la talasemia y en la agammaglobulinemia). Todo un nuevo horizonte, como se ve, en el campo de las indicaciones terapéuticas.

La evitación eufenésica de una enfermedad no es curación, en el sentido fuerte del término; la alteración del genotipo perdura, pronta a manifestarse morbosamente tan pronto como cese la acción contentiva del recurso terapéutico empleado. ¿Le será posible al médico modificar directamente la constitución de un genoma anómalo, de modo que sus virtualidades morfogenéticas y fisiogenéticas queden definitivamente normalizadas? Interrogación ésta que nos conduce sin rodeos e inexorablemente al segundo de los dos temas anunciados.

II. MEJORA DE LA NATURALEZA INDIVIDUAL DESDE EL GERMEN

La genial concepción darwiniana del evolucionismo biológico quedó virtualmente conclusa con el descubrimiento de las mutaciones espontáneas de la *Oenothera lamarckiana* (H. de Vries); hecho biológico que sólo a una modificación del genoma mutante podía ser referido, puesto que ya entonces era noción establecida que los cromosomas –los genes, se dirá luego– son los portadores de los caracteres hereditarios. Era inmediato, pues, el proyecto de conseguir mutaciones artificiales, quién sabe si perfectivas, mediante la modificación técnica de un genoma normal. Pronto los resultados de la experimentación confirmaron la hipótesis. Desde la década 1920-1930, toda una serie de agentes, radiaciones (H. J. Muller), sustancias químicas (T. H. Morgan, W. Sakharof, C. Auerbach, F. Oehlkers, J. A. Rappoport), temperatura (N. M. Timoféeff-Ressovsky), mostraron su eficacia como inductores de la modificación mutacional del genotipo. A partir de entonces, una nueva y fascinante disciplina, la *ingeniería genética*, ha enriquecido el saber y el poder de los biólogos con perspectivas y logros punto menos que inimaginables en la época de Darwin y Mendel.

Sería improcedente aquí una exposición detallada de lo que en el curso de pocos lustros ha llegado a ser la ingeniería genética (2); pero no debo exponer mi personal opinión acerca de ella sin indicar sumariamente cuál ha sido su punto de partida y cómo en la actualidad se configuran sus conquistas, sus problemas y sus perspectivas.

1. Hechos

Tanto en el orden de los hechos como en el de los conceptos, es necesario distinguir dos líneas en la manipulación técnica de la ontogénesis: el gobierno técnico del desarrollo embrionario y la manipulación bioquímica del genoma.

a. *Ingeniería del desarrollo*

Suele darse este nombre al conjunto de las intervenciones técnicas en la formación del huevo y en el desarrollo del embrión que no alteran la constitución del germen de que el embrión procede. La elección del gameto masculino fecundante y la clonación por trasplante nuclear son hoy las más importantes.

1.º Desde que pudo lograrse la inseminación artificial, la *previa elección del gameto fecundante*, obvia como práctica en ganadería, necesariamente tuvo

(2) La bibliografía por ella suscitada es enorme. El lector español que desee conocer con alguna precisión tan sugestivo tema, puede leer la *Genética* de J. R. Lacadena (3.ª ed., Madrid, 1981), páginas 267-275 y 1.189-1.194, y las documentadas publicaciones de J. Rodríguez Villanueva. Una de ellas, *La nueva revolución tecnológica. La biotecnología* (Salamanca, 1983), muestra bien el cuadro de saberes y técnicas de que es parte la ingeniería genética.

que surgir como proyecto entre los doctrinarios de la eugenesia humana; y desde que se descubrió que el esperma sometido a congelación conserva la capacidad de fecundar, sólo obstáculos de carácter ético podían oponerse a la plena realización de ese proyecto. En modo alguno los consideró válidos H. J. Muller –pionero de las mutaciones experimentales, premio Nobel–, para el cual, supuesta la aceptación de los progenitores del futuro individuo, la elección del gameto masculino podría ser un acto eminentemente moral y un servicio a la sociedad. La ulterior obtención de niños-probeta (D. Bevis, 1974; P. C. Steptoe y R. G. Edwards, 1978) iba a convertir en práctica rutinaria lo que hace sólo unos años no pasaba de ser mera posibilidad.

«¿Por qué no va a tener usted un hijo con el varón que más le guste? ¿Por qué no intenta que su hijo herede el valor de un héroe o la inteligencia de un genio?» Para las mujeres que prefieren guiarse por el gusto y para las que se inclinan ante los imperativos de la moral social, tal podría ser el *slogan* publicitario de un banco de esperma bien provisto de existencias. Sólo quedaría irresuelto un problema: que el esperma del varón apetecible o eminente llegase de hecho a transmitir las dotes del donante apetecido.

2.º Un nuevo y menos sospechable campo es el que ha descubierto la *clonación por trasplante nuclear.* Hace poco más de treinta años, R. Briggs y T. King lograron obtener renacuajos normalmente constituidos y capaces de ulterior desarrollo trasplantando experimentalmente el núcleo de una célula de embrión de rana a un huevo de rana del que el núcleo había sido extraído. Muy poco después, J. Gurdon logró otro tanto en el sapo trasplantando núcleos del epitelio intestinal. Eran así obtenidos individuos en los cuales el material genético procedía de un solo progenitor, y por tanto genéticamente iguales a éste. La investigación ulterior ha ampliado estos resultados, y hoy la clonación ha adquirido carta de naturaleza en la ingeniería pecuaria y forestal.

¿Puede ser clonado un ser humano? En principio, desde luego. Así lo presentía la sociedad norteamericana cuando tan masivamene se conmovió en 1978 leyendo el libro *In His Image,* del escritor D. Rosvik, que narraba con pelos y señales la obtención y el nacimiento de un niño clónico, y así lo pensaba en 1979 el biólogo G. H. Kiefer, de quien he tomado ese dato: «El paso al primer ser humano clonal –escribe Kiefer– podría suceder pronto, incluso durante la década de los 80, si los problemas técnicos pueden ser resueltos y si la sociedad desea llevar a cabo las investigaciones pertinentes». Cuatro serían los tiempos de la operación: obtención de un huevo humano maduro; extracción de su núcleo; inserción del núcleo que aportase el donante; implantación del huevo así renucleado en el útero de una mujer adecuadamente preparada. La hazaña de los creadores de niños-probeta ha resuelto el problema en el caso del primero y el cuarto de esos cuatro tiempos, y no parece quimérica la esperanza de que muy pronto sean técnicamente posibles los dos restantes. Esta es también la opinión de dos premios Nobel: J. Watson –«es muy probable que dentro de 20 ó 25 años aparezca sobre la Tierra un ser humano nacido de reproducción clonal», decía en 1971– y J. Lederberg, en quien el entusiasmo se une a la predicción. «Si se identifica a un individuo superior, y presumible-

mente un genotipo superior –había escrito poco antes–, ¿por qué no copiarlo directamente...? Por lo menos, nos será dado observar el experimento de descubrir si un segundo Einstein puede sobrepasar al primero». Saltan a la vista los problemas éticos que tal práctica suscitará, si un día cobra vigencia, entre todos aquellos para quienes el hombre deber ser *res sacra*.

b. *Ingeniería genética* stricto sensu

Como proyecto, la ingeniería genética comenzó cuando H. J. Muller y varios biólogos más lograron producir mutaciones artificiales sometiendo huevos de *Drosophila melanogaster* a la acción de radiaciones y otros agentes físicos y químicos; y como realidad efectiva, con el descubrimiento de las ligasas (enzimas capaces de unir extremos libres de fragmentos de ADN) y la utilización de ellas para el enlace de extremos monocatenarios de esos fragmentos (Khorana, Berg). A la luz del primer gran logro de la naciente disciplina biológica, la obtención *in vitro* de moléculas recombinantes de ADN biológicamente funcionales (S. N. Cohen y colaboradores, 1973), he aquí las cinco etapas fundamentales para la modificación técnica del genoma:

1.ª Rotura de las moléculas de ADN integrantes de dos plasmidios (3), respectivamente pertenecientes a dos cepas de *Escherichia coli*, una resistente a la tetraciclina y otra a la kanamicina. Una endonucleasa de restricción –esto es: un enzima hidrolítico capaz de atacar determinados *loci* de la doble hélice– es el instrumento para la producción de esa rotura.

2.ª Formación de un plasmidio híbrido por unión complementaria de los dos fragmentos, el correspondiente a la cepa resistente a la tetraciclina y el procedente de la resistente a la kanamicina.

3.ª Soldadura de los fragmentos de ADN mediante la creación de enlaces covalentes entre sus extremos. Las ligasas son los agentes que la producen. El resultado es la formación de una «molécula recombinante» de ADN.

4.ª Introducción del plasmidio híbrido así formado en el interior de células de *Escherichia coli*, que adquieren así la información genética de los dos fragmentos de ADN integrados en la molécula recombinante. Son, pues, simultáneamente resistentes a la tetraciclina y a la kanamicina.

5.ª Transmisión del nuevo plasmidio a las células bacterianas hijas. Los fragmentos soldados no han perdido su capacidad de autorreplicación, y el ADN recombinante puede ejercitar plenamente su actividad biológica.

El experimento de Cohen mostraba, en suma, la posibilidad de obtener material genético biológicamente eficaz a partir de estirpes genéticamente distintas entre sí, y en consecuencia abría el camino hacia la creación de estirpes dotadas de virtualidades hereditarias no poseídas por ninguna otra: es decir, en-

(3) En el cuerpo de las células procarióticas –las bacterias, por ejemplo– hay dos apelotonamientos de ADN: uno mayor, el filamento cromosómico, y otro menor, el plasmidio. El ADN de éste ejecuta funciones especiales, como la resistencia a los antibióticos y a los anticuerpos.

teramente nuevas en la biosfera. Pronto la investigación ulterior demostró, en efecto, que la recombinación del ADN puede extenderse a especies tan distintas entre sí como la *Escherichia coli* y un mamífero (4). No debe extrañar que Sidney Brenner, biólogo molecular y no novelista de ciencia-ficción, haya escrito lo que sigue: «Podemos lograr combinaciones de sistemas biológicos que desde el amanecer de los tiempos no han tenido la oportunidad de explorar el abanico de las posibilidades que hoy se les han abierto... En principio, podemos hacer que sea la unidad (esto es: el ciento por ciento) la probabilidad de éxito de cualquier combinación nueva... Podemos juntar, en efecto, ADN de pato y ADN de naranjo con probabilidad uno». La ingente, universal significación cosmológica y técnica del descubrimiento de Watson y Crick aparece en ese texto con toda su grandeza.

En los albores de nuestra década, este doble y fabuloso haz de metas a corto plazo se ofrecía a la ingeniería genética:

1.ª En la investigación básica: clonación de las más diversas variedades de ADN animal; transferencia de genes animales o vegetales desde su medio normal a bacterias, para estudiar los mecanismos de la acción genética; análisis de la acción de los virus y de la producción de ciertos cánceres; creación de quimeras animales y vegetales; conocimiento riguroso de la nocividad y la resistencia de las bacterias.

2.ª En la invención de aplicaciones técnicas: fabricación de células bacterianas capaces de sintetizar sustancias biológica y médicamente valiosas, como la insulina, el interferón y los anticuerpos; trasplante de genes para el tratamiento etiológico de las enfermedades hereditarias; obtención de microorganismos para el combate contra las contaminaciones ambientales, como la producida por los residuos del petróleo; «síntesis» de tejidos humanos trasplantables; beneficio de materiales de minería de titulación baja; inédita contribución a la guerra biológica.

Esta última posibilidad pone ineludiblemente ante la mirada los graves problemas éticos que la ingeniería genética plantea. Después de la explosión de la bomba de Hiroshima, uno de sus padres, R. Oppenheimer, escribió: «Los físicos han conocido ahora el pecado». Poco manifiesto hasta entonces, el constante problema moral de la creación de ciencia tecnificable aparecía con evidencia dramática ante los ojos de todos los físicos moralmente sensibles. Algo semejante puede decirse de la ingeniería genética. Y no sólo por esa posible contribución suya a la destrucción bélica de la humanidad, también por la existencia de otros dos riesgos menos hipotéticos; uno tocante a la salud: que de la manipulación genética de las bacterias y los virus salgan y se propaguen variedades inéditamente patógenas, y otros relativos a la moral: que ante la perspectiva de modificar técnicamente la realidad del hombre, el ansia de sa-

(4) Un solo ejemplo. El equipo californiano de H. Bayer ha logrado introducir en el genoma de la *Escherichia* la secuencia génica que en los mamíferos, incluido el hombre, rige la producción de la somatostatina, hormona cerebral que inhibe la secreción de la hormona hipofisaria del crecimiento.

ber y hacer haga en ocasiones olvidar que la ciencia «puede» siempre más de lo que «debe». Muy conscientes del primero, los miembros del «Comité Asesor del Programa para el estudio de las Moléculas de ADN Recombinante», destacadísimos biólogos moleculares todos ellos, no vacilaron en recomendar la suspensión de una amplia serie de experimentos hasta que el riesgo potencial de esas moléculas fuese mejor conocido y más seguramente controlado. Tal es la fascinante e inquietante vía por la que hoy siguen avanzando sin cesar la ciencia y la técnica del material genético.

2. Expectativas

Partiendo de los resultados a que de hecho ha llegado la empresa de modificar y mejorar genéticamente la indecisa y discutible realidad que llamamos «naturaleza humana», ¿dónde empiezan los proyectos para llevarla adelante y dónde los proyectos se convierten en utopías o en sueños? Cuando las predicciones de los hombres de ciencia se hallan tan próximas a las fantasías de los autores de ciencia-ficción, no parece fácil dar una respuesta precisa. Muy claramente lo veremos en el apartado próximo. En éste debo limitarme a consignar algunas opiniones solventes acerca de lo que a corto y a medio plazo es razonable esperar de la genética y la bioingeniería actuales.

a. *Previsiones de la genética clásica*

Dos autorizados cultivadores de la genética humana, el alemán Fr. Vogel y el norteamericano A. G. Motulsky, ofrecían hace pocos meses la tabla de la página siguiente:

Contra los agoreros de la degradación genética de la humanidad, el balance de la tabla precedente muestra un porvenir bastante favorable. En la sociedad occidental, que a ella se refieren las conjeturas de Vogel y Motulsky, algo va a mejorar –no contando lo que de la ingeniería genética pueda resultar– la composición genética del hombre, y por tanto su actual naturaleza.

b. *Previsiones de la ingeniería genética*

A esas conjeturas deben ser añadidas las que la ingeniería genética de los laboratorios –no la ciencia-ficción sobre ella fundada– permite hoy formular. Así planteado el problema, ¿qué cabe esperar a corto y a medio plazo de la posible clonación de seres humanos y de la aplicación de las técnicas del ADN recombinante a la mejora de la estructura génica de nuestra especial? Entre el entusiasmo progresista de algunos bioingenieros del genoma y la conservadora reserva de otros, pienso que la opinión más general y más responsable puede ser condensada en los siguientes puntos:

1.º Tanto la clonación de un ser humano como la modificación del genoma de nuestra especie mediante el ADN recombinante son biológica y técnicamen-

Rasgos favorables y rasgos desfavorables relativos (sin consideración de la ingeniería genética) a la composición genética de la población humana del futuro

Rasgos desfavorables	Significación probable
Crecimiento de la tasa de mutaciones por radiación ionizante	No muy significativo
Crecimiento de la tasa de mutaciones por mutágenos químicos	Significación desconocida
Mayor reproducción de pacientes con enfermedades hereditarias	Probablemente no significativa
Aumento de las enfermedades de carácter recesivo	Insignificante en los próximos siglos
Deterioro de funciones normales por «relajación» de la selección	Puede ser significativo a largo plazo
Rasgos favorables	*Significación probable*
Eliminación de adaptaciones genéticas con algún efecto desfavorable (infección y malnutrición)	Posiblemente significativa
Decrecimiento de la tasa de mutaciones por aberración cromosómica y mutaciones puntuales por descenso de la edad de los progenitores	Significativa
Decrecimiento voluntario de la reproducción en familias con enfermedades genéticas	Llegará a ser más importante en el futuro
Consejo genético y diagnóstico antenatal	Importante, incluso a corto plazo

te posibles; pero nuestro conocimiento del mecanismo de ambas operaciones y nuestro control técnico de ellas es todavía harto insuficiente. Hoy por hoy, escribe Kiefer, con ellas «pueden obtenerse grandes beneficios para la humanidad o, por el contrario, puede abrirse una verdadera caja de Pandora». Vogel y Motulsky dicen, por su parte: «Comparadas con nuestro actual conocimiento de la biología molecular de los organismos superiores, estas pretensiones (el general incremento de la eficacia del cerebro humano, del estado de salud y de la duración de la vida, la fabricación de esclavos por clonación) son de algún modo semejantes a la idea de que un muchacho que acaba de recibir como regalo de Navidad un aparatito electrónico podría manejar con éxito el último computador IBM».

2.° La corrección de defectos hereditarios monogénicos (los producidos por la anomalía de un solo gen) aparece hoy como técnicamente posible. En modo alguno cabe decir esto de los defectos poligénicos (aquellos en cuya génesis intervienen muchos genes), y con mayor razón de los caracteres que integran la personalidad de un individuo humano (temperamento, inteligencia, fuerza de voluntad, figura somática, etc.). El condicionamiento génico de la inteligencia,

por ejemplo, depende de unos 250 genes; a lo cual debe añadirse que a cada gen pueden corresponder varios alelos.

3.º En el caso de las células procarióticas, sabemos algo acerca del mecanismo en cuya virtud un gen extraño incorporado al genoma logra plena capacidad funcional; pero nuestro conocimiento de ese proceso en las células eucarióticas es sumamente escaso. Cabe incluso la posibilidad de que la célula receptiva del ADN recombinante adquiera virtualidades oncogénicas.

4.º En la determinación de la conducta humana, e incluso no considerando el papel que en ella desempeña la libertad del sujeto, la influencia del ambiente cósmico y social es, por lo menos, tan importante como el genoma. En relación con el comportamiento, los genes dan más bien «tendencias» y «potencialidades» que «pautas» y «decisiones» bien definidas. «Aunque se puedan tener dentro del genoma los genes de un Einstein, no hay ninguna razón para predecir que el producto será un Einstein», dice Kiefer. Poco antes habría escrito Crick, el codescubridor de la doble hélice: «Es mucho menos probable mejorar seres humanos mediante nuevas tecnologías genéticas que hacerlo mediante el gobierno del ambiente y el perfeccionamiento de las técnicas educacionales».

c. *El control del comportamiento*

Al lado de las técnicas para el gobierno y la modificación de la estructura génica del ser humano (eugenesia clásica, eufenesia, clonación, ingeniería genética) es preciso poner, en cuanto que también pretenden mejorar la naturaleza del hombre, las que en mayor o menor medida permiten el control del comportamiento animal y humano: la psicocirugía, la electroestimulación del cerebro, la psicofarmacología. «Psicotecnología», se ha llamado al conjunto de todas ellas. La inteligente y metódica aplicación de la psicotecnología, ¿permitirá obtener la «sociedad psicocivilizada» de que habla Rodríguez Delgado? El comportamiento del hombre, ¿puede ser entendido y gobernado por la simple extrapolación de los resultados a que haya llegado la experimentación en el animal?

La más reciente crítica de esta optimista actitud ante la neurofisiología del comportamiento (E. S. Valenstein, E. Roy John, J. Cole) obliga a tener en cuenta: primero, que los resultados de la experimentación en animales no son tan constantes y unívocos como a veces se afirma; segundo, que la relación entre cerebro y comportamiento no puede ser entendida, muy especialmente en el caso del hombre, pensando que existe una correspondencia precisa entre centros o áreas de aquél y sectores o modos de éste. Hay pocas áreas del cerebro que estén relacionadas con la regulación de un modo particular del comportamiento y sólo con él, y no hay una sola que controle totalmente un comportamiento cualquiera. Reparos científicos a los cuales es preciso añadir los que en nombre de la ética necesariamente plantea la extensión al hombre de los resultados y las técnicas de la experimentación en el animal. Más aún, como es obvio, cuando se trata de producir alteraciones en el ejercicio de la libertad y en la conciencia de la identidad. ¿Pueden preverse, sin embargo, lo que en un fu-

turo de siglos puede llegar a ser la psicotecnología? Para un verdadero futurista, éste será el problema.

III. LA HUMANIDAD FUTURA

Concebida la medicina como ciencia operativa de la salud y la enfermedad del hombre, una visión del saber y el quehacer del médico a un tiempo sincrónica (extensión de la idea científica de la salud y la enfermedad a lo que hoy es toda la humanidad) y diacrónica (consideración histórica, según su pasado y su futuro, de lo que la salud y la enfermedad sean) obliga a plantearse cuestiones como ésta: dentro de algunos siglos, de un millón de años, ¿cómo serán los hombres, si es que entonces sigue habiendo humanidad sobre el planeta? Si en virtud de una evolución a un tiempo biológica e histórica los descendientes de los remotísimos homínidos de Olduvai y de Kenia han llegado a ser los *homines sapientes* que hoy leen a Hegel y a Rilke, hacen física nuclear e ingeniería genética, se disponen a sintetizar materia viva, han paseado sobre el suelo de la Luna y lanzan artefactos hasta los confines del sistema solar, ¿hasta dónde llegarán, así en el orden de la biología como en el de la hazaña, los remotísimos nietos de tales *homines*? Apoyadas en la ciencia propiamente dicha, la ciencia-ficción y la antropología-ficción de nuestro siglo –baste mencionar dos libros: *The next millions years*, de Ch. Darwin, bisnieto de su genial homónimo, y *L'homme et la mort*, de E. Morin– se han lanzado a imaginar ese incierto futuro de nuestra especie; y mezclando la imaginación con la ironía, en esa misma línea están *Un mundo feliz*, de A. Huxley, y *1984*, de G. Orwell. Habrá que considerar la significación que todo esto posee. Mas no procede hacerlo sin exponer rápidamente cómo desde hace siglo y medio ha sido visto el futuro de la especie humana.

1. Entre el proyecto y la utopía

Desde que los cristianos comienzan a expresar bajo forma de conciencia histórica su actitud ante el destino terrenal del hombre –desde San Agustín y Orosio, en el cristianismo de Occidente–, la concepción de la historia como progreso no ha dejado de existir sobre el planeta. Cambiarán sustancialmente, eso sí, la idea acerca de lo que en la historia progresa y el modo en que la progresión se realiza. El progreso es teológico-religioso en San Buenaventura y en Joaquín de Fiore, religioso e intelectual-técnico en Rogerio Bacon, intelectual y técnico en Descartes, incipientemente biológico, además de intelectual y técnico, en los progresistas del siglo XVIII. Recuérdese la optimista conjetura de Condorcet acerca de la prolongación de la vida humana. «Atropos está ya más ociosa – Láquesis tiene menos que hilar», había escrito poco antes el ilustrado Houdar de la Motte. Pero, hasta bien entrado el siglo XIX, el progreso atañe a lo que el hombre piensa y hace, no a lo que el hombre físicamente es. Ni siquiera Condorcet se aparta gran cosa de esta regla.

La esperanza del hombre acerca de sí mismo se incrementará fabulosamente con el progresismo del siglo XIX. Varias son las concausas de la novedad. Apoyado sobre la paleontología y la etnología, el pensamiento evolucionista –Lamarck, Lyell, A. Russel Wallace, Darwin, Haeckel– descubrirá el progreso de la realidad somática y psíquica del hombre desde la más remota prehistoria y permitirá conjeturar que esa realidad puede seguir evolucionando en el futuro. «La evolución humana no ha terminado», decían hace poco, heredando ese pensamiento, los genetistas Vogel y Motulsky. Crece asimismo arrolladoramente, hasta hacerse absoluta e invulnerable, la confianza del hombre en la capacidad de su inteligencia y su voluntad para la total realización de sus propias posibilidades.

El *sapere oude*, el «atrévete a saber» que Kant verá en el nervio mismo de la Ilustración, se convierte en el «ya sé lo que soy y lo que seré» de Hegel, Comte y Marx. Con ellos –en esto coinciden los tres, más allá de aquello en que difieren–, el hombre se habría puesto consciente y resueltamente en marcha hacia un estado final de la historia en el cual la humanidad llegará a ser omnímodamente dueña de sí misma. En la ciencia se ve la vía regia para el conocimiento y el gobierno de toda posible realidad, y de ahí la conciencia sacerdotal que de su misión tiene el sabio que la crea. La técnica, en fin, es la vía por la que la ciencia pasa del «saber» al «hacer» y se convierte en instrumento de poderío y dominio. Tal es el marco en que nace y prospera la esperanza del hombre en el progreso de lo que físicamente es, como fundamento biológico de lo que históricamente piensa y hace.

Unas cuantas pinceladas nos harán ver la sucesiva expresión de esa esperanza. Con evidencia y vigor extraordinarios la declaran a lo largo de un siglo los discursos pronunciados desde 1822 en las reuniones anuales de la *Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte*. La salud, la perfección y la felicidad del hombre son las metas hacia las cuales avanzan rápida e inconteniblemente la ciencia natural y la medicina; tal es el motivo central de casi todos ellos. No por la vía de la ciencia natural, cuyo optimismo –optimismo filisteo, para él– tan hondamente despreciaba, sino por el camino de su experiencia de enfermo y de la radicalización de la conciencia existencial e histórica de sí mismo, el Nietzsche del *Zaratustra* y el *Ecce homo* llamó «gran salud» a la que ha logrado superar la contradicción entre los dos estados vitales que hoy denominamos «salud» y «enfermedad», concibió como «*physis* transfigurada» la que sustentará la cultura por venir y denominó *Uebermensch*, «Superhombre», al hombre del futuro, aquél en cuya «*phýsis* transfigurada» sea plena realidad la voluntad de poderío. Tres proyectos de superación de la vida humana actual, que llevaban consigo la esperanza de un próximo «ser más» del hombre. «Hagamos una cultura higiénica, y ante nosotros, el Edén», decía poco más tarde Al. Tille en su libro *Darwin und Nietzsche* (1895). Eran los años en que Norteamérica se ofrecía como tierra de regeneración física y moral a los desheredados de la vieja Europa. Con el pertinente *pathos* lo proclama el poema que Emma Lazarus compuso para el pedestal de la neoyorkina estatua de la Libertad. Léase, romanceada por mí, una sola estrofa:

¡Dadme vuestros cansados, vuestros pobres,
las masas hacinadas que ansían aire libre,
los desechos humanos que colman vuestras costas!
¡Vengan a mí los sin hogar, los azotados por las tempestades!
Tras la puerta dorada, yo levanto mi lámpara.

Sin la menor pretensión científica o filosófica, como simple expresión poética de un sentir colectivo, ¿no alienta en esos versos la esperanza de una mejora física para las estirpes que están pasando entonces al Nuevo Mundo? «Por el darwinismo, a la felicidad», anunciaba el químico W. Ostwald en la Universidad de Viena (1904). Un año después, en la de Berlín, Julius Pagel veía a la medicina de nuestro siglo como «una ciencia de la total vida humana y un arte capaz de garantizar vida, salud, felicidad y bienestar a la existencia del individuo y de la sociedad». Y respecto de la muerte orgánica, recuérdense los ambiciosos proyectos de Metchnikoff antes mencionados.

Tras el reciente, fabuloso auge de la biología experimental, la misma ambición declaran no pocos científicos y ensayistas de nuestros días. Dos nombres añadiré a los anteriormente mencionados, J. Rostand y E. Morin. «Prolongación de la existencia, elección del sexo del hijo, fecundación póstuma, generación sin padre, transformación del sexo, embarazo en matraz, modificación de los caracteres orgánicos antes o después del nacimiento, regulación química del humor y el carácter, genio o virtud por encargo...; todo esto –dice un texto de Rostand antes transcrito– aparece desde ahora como hazaña debida o hazaña posible de la ciencia de mañana.» Bajo su deliberada ironía, esas líneas revelan una inmensa confianza en la capacidad del hombre actual para planear y reformar la naturaleza humana. Todavía va más lejos, como vimos, el ensayista E. Morin. El cual, tras un sumario análisis de los dos procesos que a su juicio se asocian en la muerte de un individuo humano o «muerte sistémica» –la «muerte específica», consecutiva a la longevidad programada en el código genético de la especie, y la «muerte cuántica», determinada por acumulación de desórdenes microfísicos en el metabolismo de las células del organismo individual–, imagina la posibilidad de lograr técnicamente una relativa amortalidad de nuestra especie. Para el neomarxista Edgar Morin, ése sería uno de los más centrales rasgos de la sociedad metahistórica que Marx anunció. Salud, felicidad, perfección física, relativa amortalidad. La meta hacia que en las postrimerías del siglo XX avanza el género humano no puede ser más prometedora. Al menos, para esta serie de esperanzados y animosos.

No todo, en efecto, es optimismo en el seno de la humanidad actual. Pasada la fugaz ilusión colectiva que tras la Primera Guerra Mundial vivió el mundo occidental –el alegre talante euroamericano de «los felices veintes»–, la constante y nunca superada crisis económica y social, la progresiva degradación de la biosfera por obra de la contaminación del medio ambiente y el nunca despejado riesgo de una apocalíptica guerra nuclear, han determinado la aparición o la exacerbación del pesimismo histórico que a lo largo de los últimos siglos nunca ha dejado de existir en tantas almas sensibles.

Desde este doble punto de vista y al margen de toda futurología, expondré mi personal visión del futuro de nuestra especie. Mas no debo hacerlo sin consignar algunas precisiones conceptuales.

2. Salud, bienestar, felicidad y perfección

Debo repetir lo que páginas atrás dije acerca de la *salud humana*. Esta no es exactamente la carencia de enfermedad y el completo bienestar físico, intelectual y social de que habla la tan difundida definición de la OMS; es la habitual capacidad psicoorgánica para resistir sin reacción morbosa situaciones vitales intensamente esforzadas o fuertemente agresivas; por tanto, una mezcla idónea de la buena proporción en la estructura y la función del organismo con la flexible resistencia de éste a los efectos de un estrés ocasional; en definitiva, un hábito psicoorgánico en cuya estructura se aúnan la normalidad, la resistencia orgánica y psíquica y la posibilidad de rendimiento óptimo.

Contra lo que sugiere la definición de la OMS, el *bienestar* no es, sin más, el correlato psíquico de la salud. Es cierto, sí, que el ejercicio de la vida en estado de salud trae al titular de ella un mínimo y a veces no advertido bienestar; pero sólo cuando ese ejercicio no es perturbado por circunstancias personales y sociales contrariantes. La salud es posible sin bienestar; posible y harto frecuente, como lo demostrará el autoanálisis de la serie de malestares que estando sanos nos sobrevienen. El bienestar, en cambio, requiere la salud y reobra beneficiosamente sobre ella.

La definitiva posesión de una salud perfecta y el acceso a una definitiva *perfección* de nuestra naturaleza coinciden en todas las utopías futuristas del siglo XIX, tanto las filosóficas como las médicas. Pero la salud y la perfección, ¿son, pueden ser conceptos entre sí convertibles? Desde el punto de vista de lo que en la actualidad y en el futuro previsible son una y otra, la respuesta tiene que ser negativa. La perfección es un concepto ideal, un límite inalcanzable en la existencia terrena del hombre, aun cuando éste pueda esforzadamente proponérselo como meta. Por grande que sea su eminencia intelectual, artística o ética, ¿a qué hombre podrá llamársele «perfecto», como no sea por lisonja o con ironía? Hecha esta salvedad, dentro, por consiguiente, de los límites de su ineludible relatividad, sólo puede llamarse «perfección» a la habitual ejecución eminente de alguna de las actividades en que se realiza la existencia humana; ejecución siempre limitada a una de ellas, incluso en el caso de los genios más multiformes. En ningún hombre puede coincidir la eminencia ética, la intelectual y la artística; la suma distinción en el ejercicio del *bonum*, el *verum* y el *pulchrum*, diría un escolástico. Pues bien: ni siquiera así entendida puede la perfección confundirse con la salud del organismo y de la psique. Apenas será necesario recordar que son igualmente posibles la perfección sin salud (Teresa de Jesús, Mozart, Novalis, Kant, Chopin, Teresa de Lisieux, Toulouse-Lautrec...) y la salud sin perfección (jayanes o criminales perfectamente sanos). Lo anormal y lo óptimo pueden coincidir en la vida del hombre (Lamb, Vega Díaz).

Igualmente notoria es la no coincidencia entre la plena salud y la *felicidad*, a poco que sobre una y otra pensemos. ¿Qué es la felicidad? «La actividad según la virtud», dice Aristóteles; cosa, añado yo, que también para el enfermo y para el doliente es posible y que sólo parcial y ocasionalmente puede ser alcanzada, si nuestro concepto de la *virtus*, de la *aretê*, es de veras exigente. «La posesión total y acabada de nuestra propia vida», diría Boecio, si se le hubiese puesto en el trance de adaptar a la existencia terrenal y temporal su conocida definición de la bienaventuranza eterna; con lo cual de nuevo habría afirmado el carácter parcial y ocasional que el ser feliz –mejor: el estar feliz– tiene para el hombre. En términos más actuales, la felicidad, el «estar feliz», consiste en la vivencia de una plena posesión y una plena fruición de todo lo que uno es, puede ser y quiere ser; lo cual hace bien patente que, sobre la tierra, sólo en muy fugaces ocasiones de vida sobremanera intensa (éxtasis amorosos, «grandes mediodías» de Nietzsche, «altos instantes» de Jaspers) es dado al hombre alcanzarla. Distinta esencialmente del bienestar y el placer –recuérdese lo dicho–, pero no independiente de ellos, la felicidad es un estado de nuestra vida no incompatible con la enfermedad y no indispensable para la perfección. La perfección del hombre, la no más que parcial y relativa perfección nuestra, ¿resulta acaso posible sin el dolor y el sacrificio?

Tengamos presentes estas, hoy por hoy, elementales verdades antes de imaginar cualquier vida humanamente posible.

3. El doble rostro del progreso

Puesto que la salud y la enfermedad humanas son los temas centrales de este libro, planteémonos desde el punto de vista de ellas el problema de la humanidad futura. En el mañana próximo, no al cabo de los miles y miles de años que habrán de transcurrir para que una mutación biológica –biológico-cultural, en el caso del hombre– modifique visiblemente nuestra especie, ¿cómo será, desde ese punto de vista, la naturaleza humana? Más precisamente: ¿qué será, cómo será lo que de común haya en la biología de todos los grupos étnicos que entonces subsistan? Daré mi personal respuesta –mejor: mi personal y falible opinión– en una serie de concisos asertos.

1.º El progresivo deterioro del medio ambiente y el continuo desgaste de los recursos naturales –alimentos, fuentes de energía– hacen posible una grave declinación de la humanidad. La fabulosa potencia destructiva de las armas actuales y la demencial carrera de armamentos de que hoy somos alarmados testigos, nos impiden descartar de nuestro horizonte histórico la apocalíptica posibilidad de una guerra nuclear. ¿Logrará la técnica futura anular el primero de estos dos peligros? El instinto de conservación y la conciencia moral, ¿evitarán, aunados entre sí, el estallido del segundo? Sólo por obra de un acto de fe –de fe en el hombre, en ese caso; fe razonable, no fe de carbonero– puede darse en ambos casos una respuesta afirmativa. No exenta, por supuesto, de honda inquietud, la mía lo es.

2.º A lo largo de nuestro siglo, y muy especialmente desde la Segunda Guerra Mundial, la consideración de la salud y de la enfermedad se ha hecho cada vez más sincrónica (extendida a todo el presente) y más diacrónica (heredera del pasado y proyectada hacia el futuro). La vacunación de un hombre es un acto médico que en primer término afecta a la vida de la persona vacunada. Por supuesto. Pero también afecta, por extensión, a la vida de las personas que la rodean, y a través de ellas a la vida de la humanidad entera; realidad que necesariamente hace pensar en lo que la humanidad ha sido y en lo que de ella puede ser. Otro tanto debe decirse de cualquier tratamiento médico, si éste es algo más que un acto rutinario. La salud pública y la medicina, en consecuencia, van siendo actividades doblemente ecológicas, porque el *oikós*, la casa en que vive, es para el hombre a un tiempo planetaria (casa cósmica o espacial) e histórica (casa temporea o cultural). De ser no más que terapeuta y preventor, el médico está pasando a ser –además– corresponsable de la vida y el destino de toda la humanidad.

Todo hace pensar que el proceso de esta doble ecologización proseguirá y progresará en el futuro; que en él, por consiguiente, tanto la salud como la enfermedad serán consideradas, según la vehemente aspiración de Nietzsche, desde un «decir sí al carácter global de la vida». Dos graves exigencias lleva en su seno este ya iniciado futuro: una ética y antropológica, la obligación de tener bien presente que la ecologización de la sanidad pública y la medicina sólo por la condición íntima y esencialmente «personal» del hombre ha sido posible y se ha hecho necesaria; otra social y económica, la pesadumbre de afrontar el coste y la organización inherentes a tal empresa. ¿Serán cumplidas esas exigencias? Me atrevo a dar una respuesta afirmativa. En cualquier caso, sólo así llegará a ser rectamente orientada la «medicalización» de la vida que la creciente preocupación individual y social por la salud ha traído consigo.

3.º Lleguen o no lleguen a ser realidad las figuraciones futuristas de algunos biólogos y de tantos cultivadores de la ciencia-ficción, es igualmente previsible cierta mejora de la naturaleza humana, entendida como lo que orgánica y psíquicamente sea común a los primitivos hombres y a los hombres actuales, y tomando como punto inicial de tal mejora lo que orgánica y psíquicamente es hoy el hombre occidental medio. La medicina terapéutica y preventiva, las técnicas biológicas, la mejor ordenación y el mejor cuidado de la vida colectiva, serán los principales agentes de ese cambio meliorativo, que tal vez sea también genotípico, además de fenotípico. No es previsible, en cambio, aunque no deje de ser imaginable, una vida humana total y definitivamente exenta de enfermedades.

Por ser viviente, el hombre no puede no poder enfermar; la enfermabilidad es inexorable propiedad defectiva de su naturaleza. Por ser libre, el hombre no dejará de ponerse en el trance de enfermar, y por consiguiente de padecer enfermedades, las actuales u otras distintas. ¿Llegará la humanidad a controlar totalmente su esencial enfermabilidad? Sólo por la vía de la creencia –todo lo razonable y todo lo científica que se quiera– puede darse una respuesta a tal interrogación. Como acabo de decir, la mía es negativa.

4.º En la medida de lo posible y lo deseable, el hombre nunca carecerá de su máximo bien y su máxima pesadumbre: la libertad. Bien, porque la libertad nos permite ser nosotros mismos; pesadumbre, porque su ejercicio, siempre limitado por el muro de lo que nos es genérica e individualmente imposible, nunca dejará de estar sometido al doble riesgo del error y el fracaso. Bajo la preocupación y la ironía de sus respectivos relatos, así lo piensan y lo desean A. Huxley y G. Orwell. Y más expresiva y punzantemente Ira Levin, en su relato –par de *Un mundo feliz* y de *1984*– *Una dicha insoportable*. ¿Qué será la humanidad el año 2200? Ocho mil millones de hombres, imagina I. Levin, serán regidos por un computador único, el Uni-Comp, adorarán unánimemente al Dios trinitario Cristo-Marx-Huei y gozarán sin el menor esfuerzo de su mutuo amor y de una dicha obligatoria y programada. ¿Todos? No; no todos. Varios de entre ellos, tenaces representantes de la verdadera condición humana y redentores a la inversa de ella, al amor constante e impuesto preferirán el ejercicio oculto del odio, aunque sólo sea de cinco a siete de la tarde, y sobre la monotonía de la dicha forzosa pondrán la aventura de una aflicción clandestina y fuera de la ley. La moraleja es evidente: hasta para transgredir las normas que puedan hacernos dichosos es deseable la libertad. Más sanos, más inteligentes, más poderosos que los terrícolas actuales, los hombres del futuro seguirán siendo libres, podrán en consecuencia moverse hacia la perfección o hacia la imperfección y vivir dichosos o desgraciados. «¿Es mejor ser un esclavo feliz o un Sócrates infeliz?», se pregunta Kiefer. Mi respuesta –y la del propio Kiefer, y la de Levin– dice así: «Sea uno o no sea uno Sócrates, lo preferible es no ser esclavo, no resignarse a la propia infelicidad y emplear la libertad en el doble empeño de ser menos infeliz y dar algún sentido a la infelicidad, cuando ésta sea invencible».

5.º Dos asertos parecen ineludibles: cualquiera que sea su situación histórica, el hombre no carecerá de su humana libertad; cualquiera que sea el poderío de su saber médico, el hombre no se verá libre de enfermedad.

Nunca el hombre carecerá de «su» limitada, pero espléndida libertad, comenzando por el modo supremo de ponerla en ejercicio: la libre creación, la capacidad para enriquecer su vida con posibilidades nuevas; de cuasi-crear, según la precisión léxica y conceptual de Zubiri. La vida humana nunca ha dejado y nunca dejará de ser inquietud, curiosidad y osadía; y, por consiguiente, siempre se hallará sometida al riesgo. «Desde el pecado original –ha escrito agudamente Jacques Cau–, siempre la curiosidad ha reconciliado al hombre con los riesgos del porvenir.» De ahí, como ya he dicho, que nunca pueda verse totalmente exento de la enfermedad. En tal caso, ¿qué hará el médico del futuro?

Si se sabe entenderlo cabalmente, tal vez la mejor respuesta sea el comentario de Azorín, varias veces glosado por mí, al «dolorido sentir» de que en relación con sus personales cuitas habló Garcilaso: «¡Eternidad, insondable eternidad del dolor! Progresará maravillosamente la especie humana, se realizarán las más profundas transformaciones. Junto a un balcón, en una ciudad, en una

casa, siempre habrá un hombre con la cabeza, meditadora y triste, reclinada sobre la mano. No le podrán quitar su dolorido sentir.» Es cierto. Porque es libre y porque su libertad lleva consigo el riesgo del fracaso y la forzosidad del límite, y porque él lo sabe, el hombre no puede ser un animal alegre. Gozará en ocasiones, es cierto, del placer, de la alegría, del entusiasmo, del éxtasis, de la felicidad; mas bajo forma de melancolía o de dolor, pronto se le impondrá una y otra vez el sentimiento de su limitación, acaso el de su ruina.

Pero del texto azoriniano son posibles dos lecturas. La primera: «Progresará maravillosamente la especie humana, se realizarán las más profundas transformaciones; pero al hombre no le podrán quitar su dolorido sentir». Es la lectura de los resignados. La segunda: «Nunca podrán quitar al hombre su dolorido sentir; pero la especie humana se transformará del modo más profundo y progresará maravillosamente». Es la lectura de los inconformes. La perspectiva del hambre, la guerra, la enfermedad, la polución y la injusticia mueve hacia la primera; la confianza en el desarrollo creciente de la ciencia y la técnica y en la eficacia de la libertad y de la lucha contra la injusticia inclina hacia la segunda. Pienso que por esta opción se decidirán siempre los médicos, aunque en su ejercicio tantas veces les venzan el fracaso y la muerte.

