



ANTOLOGÍA

ANTROPOLOGÍA MÉDICA I

MEDICINA HUMANA

PRIMER SEMESTRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO



El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”



ALBORES

Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Antropología Médica I

Objetivo de la materia:

Brindar al estudiante de medicina una comprensión integral de la salud, la enfermedad y la atención médica desde una perspectiva cultural, social y biológica, reconociendo la diversidad de formas en que las distintas sociedades interpretan y enfrentan los procesos de salud-enfermedad-atención. El curso busca desarrollar una mirada crítica y humanista que permita al futuro médico establecer una relación empática, respetuosa y culturalmente competente con los pacientes, considerando sus creencias, valores y contextos socioculturales, como base para una práctica médica más ética, equitativa y efectiva.

Objetivo general:

Comprender e integrar los fundamentos de la antropología médica para analizar la salud, la enfermedad y la atención médica desde una perspectiva cultural, social y biológica, fomentando una práctica médica humanista, empática y culturalmente competente.

Objetivos específicos:

1. **Analizar** las concepciones culturales y sociales de la salud, la enfermedad y el cuerpo en diferentes contextos y su influencia en la práctica médica.
2. **Identificar** las relaciones entre factores biológicos, culturales, económicos y ambientales que afectan los procesos de salud-enfermedad-atención.
3. **Reconocer** la diversidad de sistemas médicos y prácticas de atención en distintas comunidades, así como su interacción con la medicina científica.
4. **Desarrollar** habilidades de comunicación intercultural para mejorar la relación médico-paciente y la adherencia a los tratamientos.
5. **Reflexionar** sobre el papel del médico en contextos interculturales, considerando la ética, la equidad y la pertinencia cultural en la atención de la salud.
6. **Aplicar** el enfoque antropológico en el análisis de problemáticas de salud pública y en el diseño de estrategias de intervención culturalmente pertinentes.

Índice

Unidad I

I.1 Introducción a la antropología.....	10
I.1.1 Qué es la antropología.....	10
I.1.2 Objeto de estudio de la antropología	11
I.1.3 Sub-disciplinas de la antropología.....	13
I.1.4 Antropología y otros campos académicos.....	17
I.1.5 Antropología aplicada.....	19
I.2 La antropología en nuestras vidas.....	20
I.2.1 ¿Qué es cultura?	20
I.2.2 Universalidad, generalidad y particularidad	22
I.2.3 La cultura y el individuo: agencia y practica	23
I.2.4 Mecanismo del cambio cultural	27
I.2.5 Globalización	28
I.3 Aplicación de la antropología.....	29
I.3.1 Papel de la antropología aplicada	29
I.3.2 Antropología del desarrollo.....	30
I.3.3 Estrategias para la innovación.....	34
I.3.4 Antropología y educación.....	35
I.3.5 Antropología urbana.....	35
I.3.6 Antropología médica.....	36
I.3.7 Antropología y negocios.....	37
Fuentes bibliográficas I ra unidad.....	39

Unidad 2

2.1 Antropología de la salud.....	40
2.1.1 La definición de la OMS.....	40
2.1.2 El estar sano en la historia.....	40
2.1.3 Criterios para la intelección de la salud	41
2.1.4 Una concepción integral de la salud.....	44
2.1.5 El diagnóstico de la salud.....	45
2.2 La salud como problema antropológico	46
2.2.1 La enfermedad en general.....	46

2.2.2 La enfermedad vegetal	48
2.2.3 La enfermedad animal.....	49
2.2.4 La enfermedad humana	51
2.3 La nosogénesis.....	54
2.3.1 De la salud a la enfermedad.....	55
2.3.2 Situación y constelación nosogenéticas.....	56
2.3.3 El vector nosogenético.....	60
2.3.4 Ocasión y tiempo de la nosogénesis.....	64
Fuentes bibliográficas 2da unidad.....	65
Unidad 3	
3.1 La configuración del cuadro morboso.....	66
3.1.1 La etapa inicial del estado de enfermedad.....	66
3.1.2 La sistematización de la enfermedad.....	73
3.1.3 Génesis y localización del síntoma.....	77
3.1.4 La reacción personal al estado de enfermedad.....	84
3.2 Física y metafísica de la enfermedad humana.....	86
3.2.1 La enfermedad desde el punto de vista de lo que es	86
3.2.2 La enfermedad desde el punto de vista de lo que soy.....	90
3.2.3 Un camino a la integración	94
3.3 La relación médico-enfermo y el acto médico.....	96
3.3.1 La relación médico-enfermo.....	96
3.3.2 El acto médico.....	102
3.4 El momento afectivo del acto médico.....	103
3.4.1 Modos típicos y modos atípicos.....	104
3.4.2 Amistad médica y transferencia.....	110
3.5 El momento cognoscitivo del acto médico.....	111
3.5.1 El diagnóstico integral.....	111
3.5.2 Formas deficientes del diagnóstico.....	117
3.5.3 Epistemología del diagnóstico.....	119
3.6 El momento operativo del acto médico.....	121
3.6.1 Situación, constelación y vector terapéuticos.....	121
3.6.2 Tres situaciones clínicas.....	128

3.6.3 La enfermedad crónica preponderante psíquica.....	132
Fuentes bibliográficas 3ra unidad.....	135
Unidad 4	
4.1 El momento ético del acto médico.....	136
4.1.1 La condición moral del acto médico.....	136
4.1.2 Deber respectivos del médico y el enfermo.....	139
4.1.3 Ética médica y religión.....	143
4.2 El momento social del acto médico.....	144
4.2.1 Socialidad de la relación médica.....	145
4.2.2 La socialización de la asistencia médica.....	149
4.3 La curación: sus modos y sus grados.....	153
4.3.1 Esencia, modos y grados de curación.....	154
4.3.2 El diagnóstico de la curación.....	156
4.4 La muerte del enfermo.....	159
4.4.1 El hecho, el acto y el evento de la muerte.....	160
4.4.2 El médico y la muerte.....	165
4.5 La mejora de la naturaleza humana.....	168
4.5.1 La mejora de la naturaleza individual desde el soma.....	168
4.5.2 La mejora de la naturaleza individual desde el germen.....	170
4.5.3 La humanidad futura.....	171
4.5.4 Salud, bienestar, felicidad y perfección.....	172
Fuentes bibliográficas 4ta unidad	172

UNIDAD I

I.1 INTRODUCCIÓN A LA ANTROPOLOGÍA

I.1.1 Qué es la antropología

Los antropólogos estudian a los seres humanos en el tiempo y lugar en que los encuentran: en la Kenia rural, en un café de Turquía, en una tumba de Mesopotamia, o en un centro comercial en Estados Unidos. La antropología explora la diversidad humana en el tiempo y el espacio; estudia toda la condición humana, su pasado, presente y futuro; su biología, sociedad, el lenguaje y la cultura. De particular interés es la diversidad que proviene de la adaptabilidad humana.

Los humanos figuran entre los animales más adaptables del mundo. En los Andes de América del Sur, las personas despiertan en villas a más de 4 877 metros sobre el nivel del mar y luego caminan casi 500 metros más arriba para trabajar en las minas de estaño. Las tribus del desierto australiano adoran animales y discuten filosofía. En los trópicos, la gente sobrevive a la malaria. El hombre ha caminado en la Luna. El modelo del USS Enterprise en el Instituto Smithsonian, en Washington, simboliza el deseo de “buscar nueva vida y civilizaciones, de ir audazmente a donde nadie ha ido antes”. Los deseos de conocer lo desconocido, controlar lo incontrolable y crear orden a partir del caos encuentran expresión en todas las personas. La creatividad, la adaptabilidad y la flexibilidad son atributos humanos básicos, y la diversidad humana es el tema de estudio de la antropología.

Con frecuencia, los alumnos se sorprenden por la amplitud de la **antropología**, que es el estudio de la especie humana y sus ancestros inmediatos. La antropología es una ciencia excepcionalmente comparativa y **holística**. El holismo se refiere al estudio de toda la condición humana: su pasado, presente y futuro; la biología, la sociedad, el lenguaje y la cultura. La mayoría de las personas piensa que los antropólogos estudian fósiles y culturas no industriales, no occidentales, y muchos lo hacen. Pero la antropología es mucho más que el estudio de las poblaciones no industriales: es un campo comparativo que examina todas las sociedades, antiguas y modernas, simples y complejas. Las otras ciencias sociales tienden a enfocarse sobre una sola sociedad, por lo general una nación industrial como Estados Unidos o Canadá. Sin embargo, la antropología ofrece una perspectiva transcultural única, al comparar constantemente las costumbres de una sociedad con las de otras.

Las personas comparten la vida en sociedad (organizada en grupos) con otros animales, incluidos babuinos, lobos e incluso hormigas. Sin embargo, la cultura es característicamente humana. Las culturas son tradiciones y costumbres, transmitidas mediante aprendizaje, que forman y guían las creencias y el comportamiento de las personas expuestas a ellas. Los niños aprenden tales tradiciones al crecer en una sociedad particular, mediante un proceso llamado enculturación. Las tradiciones culturales incluyen costumbres y opiniones, desarrolladas a través de generaciones, acerca del comportamiento adecuado e inadecuado. Dichas tradiciones responden a algunas de las preguntas siguientes: ¿cómo haremos las cosas?, ¿cómo daremos sentido al mundo?, ¿cómo distinguiremos el bien del mal?, ¿qué está bien, y qué está mal? Una cultura produce un grado de consistencia en el comportamiento y el pensamiento entre las personas que viven en una sociedad particular.

El elemento más importante de las tradiciones culturales es su transmisión a través del aprendizaje, más que por medio de la herencia biológica. La cultura no es en sí misma biológica, sin embargo descansa en ciertas características de la biología humana. Durante más de un millón de años, los humanos han tenido al menos algunas de las capacidades biológicas de las cuales depende la cultura. Dichas habilidades son aprender, pensar simbólicamente, usar lenguaje y emplear herramientas y otros productos para organizar sus vidas y adaptarse a su ambiente.

La antropología enfrenta y reflexiona sobre las grandes preguntas de la existencia humana al explorar la diversidad humana, biológica y cultural, en el tiempo y el espacio. Al examinar huesos y herramientas antiguos se revelan los misterios de los orígenes humanos.

1.1.2 Objeto de estudio de la antropología

La disciplina académica de la antropología, también conocida como antropología general o antropología de “cuatro campos”, incluye cuatro subdisciplinas o subcampos principales: la sociocultural, la arqueológica, la biológica y la lingüística. (En adelante, se usará el término más corto antropología cultural como sinónimo de “antropología sociocultural”.) De los subcampos, la antropología cultural tiene más adeptos. La mayoría de los departamentos de antropología imparten cursos en los cuatro subcampos.

Existen razones históricas para la inclusión de cuatro subcampos en una sola disciplina. El origen de la antropología como campo científico, y de la antropología estadounidense en particular, se puede rastrear hasta el siglo xix. Los primeros antropólogos estadounidenses

estuvieron preocupados especialmente con la historia y las culturas de los pueblos nativos de Norteamérica. El interés en los orígenes y la diversidad de aquéllos reunió estudios sobre sus costumbres, vida social, idioma y rasgos físicos. Los antropólogos todavía se formulan preguntas como: ¿de dónde provienen los nativos americanos?, ¿cuántas olas de migración los llevaron al nuevo mundo?, ¿cuáles son los vínculos lingüísticos, culturales y biológicos entre los nativos americanos, y entre éstos y Asia? Otra razón para la inclusión de cuatro subcampos en la antropología fue el interés en la relación entre biología (por ejemplo, la “raza”) y la cultura.

Hace más de 60 años, la antropóloga Ruth Benedict se dio cuenta de que “en la historia del mundo, quienes ayudan a construir la misma cultura no necesariamente son de una raza, y los de la misma raza no participan todos en una cultura. En lenguaje científico, la cultura no es una función de la raza”.

También existen razones lógicas para la unidad de la antropología estadounidense. Cada subcampo considera la variación en el tiempo y el espacio (en diferentes áreas geográficas). Los antropólogos culturales y arqueólogos estudian (entre muchos otros temas) los cambios en la vida social y las costumbres. Los arqueólogos usan estudios de sociedades vivas y patrones de comportamiento para imaginar cómo pudo ser la vida en el pasado. Los antropólogos biológicos examinan los cambios evolutivos en la forma física, por ejemplo, cambios anatómicos que pudieran asociarse con el origen del uso de herramientas o el lenguaje. Los antropólogos lingüistas pueden reconstruir los fundamentos de lenguas antiguas al estudiar las modernas.

Las subdisciplinas se influyen mutuamente conforme los antropólogos conversan entre ellos, leen libros y revistas, y se asocian en organizaciones profesionales. La antropología general explora los fundamentos de la biología humana, la sociedad y la cultura, y considera sus interrelaciones. Los antropólogos comparten ciertas suposiciones clave. Acaso la más fundamental sea la idea de que no es posible extraer conclusiones acertadas acerca de la “naturaleza humana” a partir del estudio de una sola nación, sociedad o tradición cultural. Es esencial un enfoque comparativo transcultural.

1.1.3 Subdisciplinas de la antropología

Antropología cultural

La antropología cultural es el estudio de la sociedad humana y la cultura, el subcampo que describe, analiza, interpreta y explica las similitudes y diferencias sociales y culturales. Para estudiar e interpretar la diversidad cultural, los antropólogos culturales se involucran en dos tipos de actividades: la etnografía (con base en el trabajo de campo) y la etnología (con base en la comparación transcultural). La etnografía proporciona una explicación de una comunidad, sociedad o cultura particular. Durante el trabajo de campo etnográfico, el etnógrafo recopila datos que organiza, describe, analiza e interpreta para construir explicaciones, que puede presentar en forma de libro, artículo o película. De manera tradicional, los etnógrafos han vivido en pequeñas comunidades y estudiado el comportamiento, las creencias, las costumbres, la vida social, las actividades económicas, la política y la religión locales.

La perspectiva antropológica que deriva del trabajo de campo etnográfico con frecuencia difiere radicalmente del de las ciencias económicas o políticas. Estos campos se enfocan en organizaciones y políticas nacionales y oficiales, y con frecuencia en las élites. Sin embargo, los grupos que tradicionalmente estudian los antropólogos por lo general son relativamente pobres y sin poder, como la mayoría de las personas en el mundo actual. Los etnógrafos con frecuencia observan prácticas discriminatorias dirigidas hacia tales personas, quienes además no cuentan con suficientes alimentos, presentan deficiencias nutricionales y padecen otros aspectos de la pobreza.

Los politólogos tienden a estudiar los programas que desarrollan los planificadores nacionales, mientras que los antropólogos descubren cómo funcionan dichos programas a nivel local.

La etnología examina, interpreta, analiza y compara los resultados de la etnografía: los datos recopilados en diferentes sociedades. Usa tales datos para comparar y contrastar, y para hacer generalizaciones acerca de la sociedad y la cultura. Al observar más allá de lo particular, hacia lo más general, los etnólogos tratan de identificar y explicar las diferencias y similitudes culturales, poner a prueba hipótesis, y construir teorías para mejorar nuestra comprensión de cómo funcionan los sistemas sociales y culturales.

Antropología arqueológica

La antropología arqueológica (más simplemente, “arqueología”) reconstruye, describe e interpreta el comportamiento humano y los patrones culturales a través de restos materiales. En los sitios donde viven o vivieron personas, el arqueólogo encuentra artefactos, objetos materiales que los humanos construyeron, usaron o modificaron como herramientas, armas, sitios de acampar, edificios y basura. Los restos de plantas y animales, así como la basura antigua, cuentan historias acerca del consumo y las actividades. Los granos salvajes y domesticados presentan diferentes características, lo que permite a los arqueólogos distinguir entre recolección y cultivo. El examen de huesos animales revela las edades de los especímenes sacrificados y también ofrece información útil para determinar si las especies eran salvajes o domesticadas.

Al analizar tales datos, los arqueólogos responden muchas preguntas acerca de las economías antiguas. ¿El grupo conseguía la carne de la cacería, o domesticaba y criaba animales, y los mataba sólo si tenían cierta edad o sexo? ¿Los alimentos vegetales provenían de plantas salvajes o de la siembra, la atención y la cosecha de cultivos? ¿Los residentes elaboraban, comerciaban o compraban artículos particulares? ¿Localmente había materias primas disponibles? Si no, ¿de dónde provenían? A partir de tal información, los arqueólogos reconstruyen patrones de producción, comercio y consumo.

Los arqueólogos pasan mucho tiempo estudiando fragmentos de vasijas de cerámica o alfarería. Las vasijas son más duraderas que muchos otros artefactos, como los textiles y la madera. La cantidad de fragmentos de alfarería permite estimar el tamaño y la densidad de la población. El descubrimiento de que los alfareros usaban materiales que no estaban disponibles localmente sugiere sistemas de comercio. Las similitudes en la fabricación y la decoración en sitios diferentes puede ser prueba de conexiones culturales. Los grupos con alfarería similar pueden estar históricamente relacionados. Es probable que sus ancestros culturales hayan sido comunes, comerciaran mutuamente o pertenecieran al mismo sistema político.

Muchos arqueólogos examinan la paleoecología. La ecología es el estudio de las interrelaciones entre los seres vivos y su entorno. Los organismos y el ambiente constituyen en conjunto un ecosistema, un arreglo organizado de flujos e intercambios de energía. La ecología humana estudia los ecosistemas que incluyen personas, y se enfoca en la forma en

que los humanos emplean “las influencias naturales y son influidos por la organización social y los valores culturales”. La paleoecología observa los ecosistemas del pasado.

Los arqueólogos también reconstruyen los patrones de comportamiento y estilos de vida del pasado mediante excavaciones. Esto implica cavar a través de una sucesión de niveles en un sitio particular. En un área dada, a lo largo del tiempo, los asentamientos pueden cambiar en forma y propósito, así como las conexiones entre los asentamientos. La excavación puede documentar cambios en las actividades económicas, sociales y políticas.

Antropología biológica o física

El tema de estudio de la antropología biológica, o física, es la diversidad biológica humana en el tiempo y el espacio. El enfoque sobre la variación biológica reúne cinco intereses especiales dentro de la antropología biológica:

1. Evolución humana, según revela el registro fósil (paleoantropología).
2. Genética humana.
3. Crecimiento y desarrollo humanos.
4. Plasticidad biológica humana (la capacidad del cuerpo para hacer frente a tensiones como el calor, el frío y la altura).
5. La biología, evolución, comportamiento y vida social de monos, simios y otros primates no humanos.

Dichos intereses vinculan a la antropología física con otros campos como: la biología, la zoología, la geología, la anatomía, la fisiología, la medicina y la salud pública. La osteología, o estudio de los huesos, ayuda a los paleoantropólogos que examinan cráneos, dientes y huesos, a identificar ancestros humanos y graficar los cambios en la anatomía durante el tiempo. Un paleontólogo es un científico que estudia fósiles. Un paleoantropólogo es una especie de paleontólogo que estudia el registro fósil de la evolución humana. Los paleoantropólogos frecuentemente colaboran con los arqueólogos, quienes estudian artefactos, para reconstruir los aspectos biológicos y culturales de la evolución humana. Los fósiles y herramientas con frecuencia se encuentran juntos. Diferentes tipos de herramientas proporcionan información acerca de los hábitos, costumbres y estilos de vida de los ancestros humanos que los utilizaron.

Hace más de un siglo, Charles Darwin notó que la variedad que existe dentro de cualquier población permite a algunos individuos (aquellos con las características más desarrolladas) a desempeñarse mejor que otros para sobrevivir y reproducirse. La genética, que dio inicio más tarde, arroja luz acerca de las causas y la transmisión de esta variedad. Durante la vida de cualquier individuo, el ambiente trabaja junto con la herencia para determinar las características biológicas. Por ejemplo, las personas con una tendencia genética a ser altas serán más bajas si tienen pobre nutrición durante la niñez. Por tanto, la antropología biológica también investiga la influencia del ambiente sobre el cuerpo conforme crece y madura. Entre los factores ambientales que influyen al cuerpo mientras se desarrolla están la nutrición, la altura, la temperatura y las enfermedades, al igual que factores culturales como los estándares de atractivo que se consideraron anteriormente.

La antropología biológica (junto con la zoología) también incluye a la primatología. Los primates engloban a nuestros parientes más cercanos: simios y monos. Los primatólogos estudian su biología, evolución, comportamiento y vida social, con frecuencia en su entorno natural. La primatología auxilia a la paleoantropología, porque el comportamiento primate puede arrojar luz sobre el comportamiento temprano de los humanos y su naturaleza.

Antropología lingüística

No sabemos (y probablemente nunca sabremos) cuándo nuestros ancestros adquirieron la habilidad para hablar, aunque los antropólogos biológicos han observado la anatomía del rostro y el cráneo para especular acerca del origen del lenguaje; los primatólogos han descrito los sistemas de comunicación de monos y simios. Lo que sí sabemos es que los lenguajes gramaticalmente complejos, bien desarrollados, han existido durante miles de años. La antropología lingüística ilustra indiscutiblemente el interés de la antropología en la comparación, la variación y el cambio.

La **antropología lingüística** estudia el lenguaje en su contexto social y cultural, a través del espacio y el tiempo. Algunos antropólogos lingüistas hacen inferencias acerca de las características universales del lenguaje y las vinculan con ciertas áreas en el cerebro humano. Otros reconstruyen idiomas antiguos al comparar a sus descendientes contemporáneos y realizan descubrimientos acerca de su historia. Incluso otros estudian las diferencias lingüísticas para descubrir la diversidad de percepciones y los patrones de pensamiento en diferentes culturas.

Los antropólogos lingüistas y culturales colaboran al estudiar los vínculos entre el lenguaje y muchos otros aspectos de la cultura, por ejemplo, cómo las personas establecen el parentesco y cómo perciben y clasifican los colores.

1.1.4 Antropología y otros campos académicos

Como ya se mencionó, una de las principales diferencias entre la antropología y los otros campos que estudian a las personas es el holismo, la exclusiva interrelación que realiza la antropología de las perspectivas biológica, social, cultural, lingüística, histórica y contemporánea. Paradójicamente, aunque distingue a la antropología, tal amplitud es la que la vincula con muchas otras disciplinas. Las técnicas usadas para datar fósiles y artefactos llegaron a la antropología desde la física, la química y la geología. Puesto que los restos vegetales y animales con frecuencia se encuentran junto con huesos humanos y artefactos, los antropólogos colaboran con botánicos, zoólogos y paleontólogos.

Como una disciplina que es tanto científica como humanista, la antropología mantiene vínculos con muchos otros campos académicos. La antropología es una ciencia, un “campo sistemático de estudio o cuerpo de conocimiento que se dirige mediante la experimentación, la observación y la deducción, a producir explicaciones confiables de los fenómenos, con referencia al mundo material y físico”.

Además de sus vínculos con las ciencias naturales (como la geología y la zoología) y las ciencias sociales (por ejemplo, la sociología y la psicología), la antropología también guarda fuertes lazos con las humanidades. Éstas incluyen al inglés, la literatura comparada, los clásicos, el folclore, la filosofía y las artes. Tales campos estudian idiomas, textos, filosofías, artes, música, representaciones y otras formas de expresión creativa. La etnomusicología, que estudia las formas de expresión musical alrededor del mundo, se encuentra especialmente relacionada con la con la antropología. También se vincula el folclore, el estudio sistemático de cuentos, mitos y leyendas de diversas culturas. Bien podemos argumentar que la antropología es el campo académico más humanista, debido al respeto fundamental que manifiesta por la diversidad humana.

Antropología cultural y sociológica

La antropología cultural y la sociología comparten un interés por las relaciones sociales, la organización y el comportamiento. Sin embargo, entre estas disciplinas surgen significativas diferencias por el tipo de sociedades que tradicionalmente estudia cada una. En un inicio, los sociólogos se enfocaron en el occidente industrial; los antropólogos, en las sociedades no industriales. Surgieron diferentes métodos de recolección y análisis de datos para lidiar con estos diferentes tipos de sociedades. Para estudiar naciones complejas a gran escala, los sociólogos llegaron a apoyarse en cuestionarios y otros medios de recopilación de bases de datos cuantificables.

Los etnógrafos tradicionales estudiaban poblaciones pequeñas y no letradas (sin escritura) y se apoyaban en métodos adecuados a dicho contexto. “La etnografía es un proceso de investigación en el que el antropólogo observa registra y se involucra de manera cercana en la vida diaria de otra cultura; experiencia etiquetada como el método de trabajo de campo, y luego escribe un relato sobre esta cultura, con énfasis en el detalle descriptivo”.

Ahora la antropología y la sociología convergen en muchas áreas y tópicos. Conforme crece el moderno sistema mundial, los sociólogos ahora realizan investigación en países en desarrollo y en otros lugares que alguna vez estuvieron principalmente dentro de la órbita antropológica. Conforme se extiende la industrialización, muchos antropólogos trabajan ahora en naciones industriales, donde estudian diversos temas, incluidos el declive rural, la vida en ciudades del interior y el papel de los medios masivos de comunicación en la creación de patrones culturales nacionales.

Antropología y psicología

Como los sociólogos, la mayoría de los psicólogos realizan investigación en su propia sociedad. Pero las afirmaciones acerca de la psicología “humana” no se pueden basar exclusivamente en las observaciones realizadas en una sociedad o en un solo tipo de sociedad.

El área de la antropología cultural conocida como antropología psicológica estudia la variación transcultural de los rasgos psicológicos. Las sociedades inculcan diferentes valores al educar a los niños de manera diferente. Las personalidades adultas reflejan las prácticas de crianza infantil de una cultura.

Los antropólogos siguen ofreciendo perspectivas transculturales acerca de proposiciones psicoanalíticas, así como sobre temas de la psicología del desarrollo y la cognitiva.

1.1.5 Antropología aplicada

La antropología no es una ciencia de lo exótico realizada por pintorescos académicos en torres de marfil. En vez de ello, la antropología tiene mucho que decir al público. La organización profesional más destacada de la antropología, la American Anthropological Association (AAA), formalmente admitió su papel de servicio público al reconocer que la antropología posee dos dimensiones: **1) la antropología académica** y **2) la antropología aplicada o práctica**. La última se refiere a la aplicación de los datos, las perspectivas, la teoría y los métodos antropológicos para identificar, valorar y resolver problemas sociales contemporáneos. Como afirma Erve Chambers, la antropología aplicada es el “campo de consulta que se preocupa por las relaciones entre el conocimiento antropológico y el uso de dicho conocimiento en el mundo más allá de la antropología”. Cada vez más antropólogos de los cuatro subcampos trabajan ahora en áreas “aplicadas” como la salud pública, la planificación familiar, los negocios, el desarrollo económico y la gestión de los recursos culturales.

Dada la amplitud de la antropología, la antropología aplicada tiene muchas posibilidades de desarrollo. Por ejemplo, los antropólogos médicos aplicados consideran tanto los contextos socioculturales como biológicos, y las implicaciones del padecimiento y la enfermedad. Las percepciones de buena y mala salud, junto con las amenazas y problemas reales a la salud, difieren entre las sociedades. Varios grupos étnicos reconocen diferentes enfermedades, síntomas y causas, y desarrollan diferentes sistemas de atención a la salud y estrategias de tratamiento.

La arqueología aplicada, por lo general llamada arqueología pública, incluye actividades como gestión de recursos culturales, arqueología del contrato, programas educativos públicos y conservación histórica. Un importante papel para la arqueología pública lo creó la legislación que requiere la evaluación de los sitios amenazados por diques, autopistas y otras actividades de construcción. Para decidir qué necesita salvarse, y conservar la información significativa acerca del pasado cuando los sitios no pueden conservarse, se creó la gestión de patrimonio cultural (GPC). La GPC involucra no sólo la conservación de sitios, sino también permite su destrucción por no resultar significativos. El término “gestión” se

refiere al proceso de evaluación y toma de decisiones. Los gestores de patrimonio cultural trabajan para agencias federales, estatales y municipales, y otros clientes. Los antropólogos culturales aplicados en ocasiones trabajan con los arqueólogos públicos y valoran los problemas humanos generados por el cambio propuesto, y determinan cómo pueden reducirse.

1.2 LA ANTROPOLOGÍA EN NUESTRAS VIDAS

1.2.1 ¿Qué es cultura?

El concepto de cultura ha sido básico para la antropología desde hace mucho tiempo. Más de un siglo atrás, en su libro *Primitive Culture*, el antropólogo británico sir Edward Tylor propuso que las culturas, los sistemas de comportamiento y el pensamiento humanos, obedecen a leyes naturales y por tanto se pueden estudiar de manera científica. La definición de cultura de Tylor ofrece una visión global del tema de estudio de la antropología; aquí la cita: “La cultura es esa totalidad compleja que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, las leyes, las costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad”. La frase crucial aquí es: “adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad”. La definición de Tylor se enfoca en los atributos que la gente adquiere en una sociedad particular, producto de una tradición cultural específica y no de la herencia biológica. La enculturación es el proceso mediante el cual un niño aprende su cultura.

La cultura se aprende

La facilidad con la que los niños absorben cualquier tradición cultural descansa en la capacidad de aprendizaje, especialmente elaborada entre los humanos. Otros animales aprenden de la experiencia; por ejemplo, evitan el fuego después de descubrir que los lastima. Los animales sociales también aprenden de otros miembros de su grupo. Los lobos, por ejemplo, siguen estrategias de caza de otros miembros de la jauría. Tal aprendizaje social es particularmente importante entre monos y simios, nuestros parientes biológicos más cercanos. Pero nuestro propio aprendizaje cultural depende de la capacidad que

desarrollamos de manera única al usar símbolos, signos que no tienen una conexión necesaria o natural con las cosas que significan o para las cuales se establecen.

A través de un proceso de aprendizaje consciente e inconsciente, y con la interacción con otros, cada persona, de inmediato, interioriza, o incorpora, una tradición cultural mediante el proceso de enculturación. En ocasiones la cultura se enseña directamente, como cuando los padres piden a sus hijos decir “gracias” cuando alguien les da algo o les hace un favor.

La cultura también se transmite a través de la observación. Los niños ponen atención a las cosas que los rodean, modifican su comportamiento no sólo porque otros se los piden, sino como resultado de sus propias observaciones y conciencia creciente acerca de lo que su cultura considera bueno y malo. La cultura también se absorbe de manera inconsciente. Los estadounidenses adquieren sus nociones culturales acerca de cuán separadas deben estar las personas cuando hablan, no porque se les diga directamente que conserven cierta distancia, sino debido a un proceso gradual de observación, experiencia y modificación consciente e inconsciente del comportamiento. Nadie les dice a los latinos que deben de estar más juntos que los estadounidenses, sino que aprenden a hacerlo de alguna forma como parte de su tradición cultural.

La cultura es simbólica

El pensamiento simbólico es único y crucial para los humanos y el aprendizaje cultural. La antropóloga Leslie White define la cultura como dependiente de la simbolización [...] La cultura consiste en herramientas, implementos, utensilios, vestimenta, ornamentos, costumbres, instituciones, creencias, rituales, juegos, obras de arte, idioma, etcétera.

Para White, la cultura se originó cuando nuestros ancestros adquirieron la habilidad de usar símbolos; esto es: originar y conferir significado a una cosa o evento y, en consecuencia, a asimilar y apreciar tales significados.

Pero también existen símbolos no verbales, como las banderas, que representan a países, o los arcos que son el emblema de una cadena de hamburguesas. El agua bendita es un poderoso símbolo del catolicismo romano. Como es cierto para todos los símbolos, la asociación entre un símbolo (agua) y lo que simboliza (santidad) es arbitraria y convencional.

El agua no es intrínsecamente más santa que la leche, la sangre o algún otro líquido natural. Tampoco el agua bendita es químicamente diferente del agua ordinaria. El agua bendita es un símbolo dentro del catolicismo romano, que es parte de un sistema cultural internacional. Una cosa natural se asoció arbitrariamente con un significado particular para los católicos, quienes comparten creencias y experiencias comunes que se basan en aprendizaje y que se transmiten a través de generaciones.

La cultura lo abarca todo

Para los antropólogos, la cultura incluye mucho más que refinamiento, gusto, sofisticación, educación y aprecio de las bellas artes. No sólo los graduados universitarios, sino todas las personas, son “cultas”. Las más interesantes y significativas fuerzas culturales son aquellas que afectan a la gente todos los días de sus vidas, en particular las que influyen en los niños durante la enculturación. La cultura, como se define en la Antropología, abarca características que en ocasiones se consideran como triviales o que no son dignas de estudiar con seriedad, como la llamada cultura “popular”. Para comprender la cultura estadounidense contemporánea se deben considerar la televisión, los restaurantes de comida rápida, los deportes y los juegos. Como manifestación cultural, una estrella de rock es tan interesante como un director de una sinfónica, y una historieta cómica tan significativa como un libro ganador de premios.

1.2.2 Universalidad, generalidad y particularidad

Al estudiar la diversidad humana en el tiempo y el espacio, los antropólogos distinguen entre lo universal, lo general y lo particular. Ciertas características biológicas, psicológicas, sociales y culturales son universales, pues se encuentran en todas las culturas. Otras son simples generalidades, comunes a muchos mas no a todos los grupos humanos. Incluso otros rasgos son particulares, únicos en ciertas tradiciones culturales.

Universalidad

Los rasgos universales son aquellos que más o menos distinguen al Homo sapiens de otras especies. Los universales con base biológica incluyen un largo periodo de dependencia infantil, sexualidad todo el año (en lugar de estacional), y un cerebro complejo que nos

permite usar símbolos, lenguajes y herramientas. Los universales psicológicos involucran formas comunes en las que los humanos piensan, sienten y procesan información. La mayoría de esos rasgos universales psicológicos probablemente refleja los universales biológicos humanos, como la estructura del cerebro humano o ciertas diferencias físicas entre hombres y mujeres, o niños y adultos.

Entre los universales sociales se encuentran la vida en grupos y en algún tipo de familia. En todas las sociedades humanas, la cultura organiza la vida social y depende de interacciones sociales para su expresión y continuación. La vida en familia y el compartir alimentos son universales. Entre los universales culturales más significativos encontramos la exogamia y el tabú del incesto (prohibición contra el matrimonio o el apareamiento con un pariente cercano). Todas las culturas consideran a algunas personas (varias culturas difieren acerca de cuáles) demasiado relacionadas para aparearse o casarse. La violación de este tabú es el incesto, que se desalienta y castiga en varias formas en diferentes culturas. Si el incesto está prohibido, la exogamia, el matrimonio fuera del grupo, es inevitable. Puesto que esto vincula a los grupos humanos en redes más grandes, la exogamia ha sido crucial en la evolución humana.

Generalidad

Entre los universales y las singularidades hay un terreno intermedio que consiste en generalidades culturales. Se trata de regularidades que ocurren en diferentes épocas y lugares, pero no en todas las culturas. Las sociedades pueden compartir las mismas creencias y costumbres debido al préstamo o a través de la herencia (cultural) de un ancestro cultural común. Hablar inglés es una generalidad compartida por los estadounidenses y los australianos, porque ambos países tuvieron colonizadores ingleses. Otra razón para las generalidades es la dominación, como en el dominio colonial, cuando las costumbres y los procedimientos se imponen en una cultura por parte de otra que es más poderosa. En numerosas naciones, el uso del idioma inglés refleja la historia colonial. Más recientemente, el inglés se ha esparcido mediante la difusión (préstamo cultural) a muchos otros países, conforme se convierte en el idioma más destacado del mundo para negocios y viajes.

Las generalidades culturales también pueden surgir mediante la invención independiente del mismo rasgo o patrón cultural en dos o más culturas diferentes. Por ejemplo, la agricultura surgió mediante la invención independiente en los hemisferios oriental (por ejemplo, en Medio Oriente) y occidental (por ejemplo, en México). Necesidades y circunstancias similares condujeron a las personas en diferentes lugares a innovar en formas paralelas. Se toparon independientemente con la misma solución cultural a un problema común.

Particularidad: patrones de cultura

Una particularidad cultural es un rasgo o característica de cultura que no está generalizado o ampliamente disperso; en vez de ello, aparece confinado sólo a un lugar, una cultura o una sociedad. Sin embargo, debido al préstamo cultural, que se aceleró mediante los modernos sistemas de transporte y comunicación, los rasgos que alguna vez se hallaban limitados en su distribución se han dispersado todavía más.

1.2.3 La cultura y el individuo: agencia y practica

Generaciones de antropólogos han teorizado acerca de la relación entre el “sistema”, por un lado, y la “persona” o el “individuo”, por el otro. El “sistema” puede referirse a varios conceptos tales como cultura, sociedad, relaciones sociales y estructura social. Seres humanos individuales siempre conforman, o constituyen, el sistema; sin embargo, al vivir dentro de dicho sistema, los humanos también se ven restringidos (en cierta medida) por sus reglas y por las acciones de otros individuos. Las reglas culturales ofrecen una guía acerca de qué hacer y cómo hacerlo, pero la gente no siempre ejecuta lo que las reglas indican. Las personas usan su cultura de manera activa y creativa, en lugar de seguir ciegamente sus dictados. Los humanos no son seres pasivos que están domesticados para observar las tradiciones culturales como robots programados. En vez de ello, las personas aprenden, interpretan y manipulan las mismas reglas en diferentes formas, o enfatizan distintas reglas que se adecuan mejor a sus intereses.

La cultura es controvertida: diversos grupos en la sociedad luchan mutuamente acerca de qué ideas, valores, metas y creencias prevalecerán. Incluso los símbolos comunes pueden entrañar significados radicalmente diferentes para individuos y grupos de la misma cultura. Los arcos dorados pueden hacer que una persona salive, mientras que otra planea una

protesta vegetariana. La misma bandera puede ondearse para apoyar u oponerse a una guerra dada.

La cultura es tanto pública como individual, y se manifiesta tanto en el mundo como en la mente de las personas. Los antropólogos se interesan no sólo en el comportamiento público y colectivo, sino también en lo que piensan, sienten y las acciones que realizan los individuos. El individuo y la cultura se hallan vinculados porque la vida social es un proceso en el que los individuos interiorizan los significados de los mensajes públicos (es decir, culturales). Entonces, solas o en grupos, las personas influyen en su cultura al convertir sus comprensiones privadas (y con frecuencia divergentes) en expresiones públicas.

Niveles de cultura

De importancia creciente en el mundo actual son las distinciones entre diferentes niveles de cultura: la nacional, la internacional y la subcultural. La cultura nacional se refiere a aquellas creencias, patrones de comportamiento aprendidos, valores e instituciones que comparten los ciudadanos de la misma nación. La cultura internacional es el término para las tradiciones culturales que se extienden más allá y a través de las fronteras nacionales. Puesto que la cultura se transmite a través del aprendizaje, y no genéticamente, los rasgos culturales pueden dispersarse a través del préstamo o la difusión de un grupo a otro.

Las subculturas son diferentes patrones y tradiciones basadas en símbolos, asociadas con grupos particulares en la misma sociedad compleja.

Etnocentrismo, relativismo cultural y derechos humanos

El **etnocentrismo** es la tendencia a considerar la cultura propia como superior y a utilizar los estándares y valores propios para juzgar a los extranjeros. El etnocentrismo se atestigua cuando la gente considera que sus creencias culturales propias son los más veraces, más adecuados o más morales frente a las de otros grupos. Sin embargo, es fundamental para la antropología, como estudio de la diversidad humana, el hecho de que lo que es ajeno (e incluso resulta repulsivo) puede ser normal, adecuado y valorado en alguna otra parte (vea la discusión anterior acerca de las particularidades culturales, incluidas las costumbres de los entierros). La diversidad cultural pone en entredicho el etnocentrismo: los antropólogos

han mostrado todo tipo de razones para las prácticas que no son familiares. Durante un curso como éste, los estudiantes de antropología con frecuencia vuelven a examinar sus propias creencias etnocéntricas. En ocasiones, conforme lo extraño se vuelve familiar, lo familiar parece un poco más extraño y menos confortable. Una meta de la antropología es mostrar el valor de lo diferente. Pero, ¿cuál es el límite? ¿Qué sucede cuando las prácticas, los valores y los derechos culturales entran en conflicto con los derechos humanos?

De acuerdo con una idea conocida como **relativismo cultural**, es inadecuado usar estándares externos para juzgar el comportamiento en una sociedad dada; tal comportamiento debe evaluarse en el contexto de la cultura en la que ocurre. Los antropólogos emplean el relativismo cultural no como una creencia moral, sino como una postura metodológica cuya finalidad es entender por completo otra cultura y cómo su gente ve las cosas. ¿Qué los motiva? ¿En qué piensan cuando hacen tales cosas? Dicho enfoque no impide realizar juicios morales. En el ejemplo de la MGF, se pueden entender las motivaciones para la práctica sólo al observar las cosas desde el punto de vista de la gente que se involucra en ellas. Al hacerlo, uno enfrenta entonces la pregunta moral de cómo actuar ante ello, y si es posible modificar dicha práctica.

La idea de los **derechos humanos** invoca un reino de justicia y moralidad que trasciende y es superior a países, culturas y religiones particulares. Los derechos humanos, por lo general, se refieren a las garantías que tienen las personas por el sólo hecho de serlo, e incluyen el derecho a hablar con libertad, a manifestar creencias religiosas sin persecución, a no ser asesinado, lastimado, esclavizado o encarcelado sin cargo, entre otros. Tales derechos no son leyes ordinarias que gobiernos particulares elaboren y apliquen. Los derechos humanos son inalienables, es decir, las naciones no pueden limitarlos o extinguirlos; también son internacionales (mayores que y superiores a las naciones y las culturas individuales). Cuatro documentos de las Naciones Unidas describen casi todos los derechos humanos que se reconocen internacionalmente. Dichos documentos son: la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto de Derechos Civiles y Políticos.

Junto al movimiento de derechos humanos ha surgido una conciencia sobre la necesidad de preservar los derechos culturales. A diferencia de los derechos humanos, los **derechos**

culturales se conceden no a los individuos, sino a los grupos, incluidos indígenas y minorías religiosas y étnicas. Los derechos culturales incluyen la capacidad de un grupo para criar a sus hijos como lo hicieron sus ancestros, a continuar con su idioma, y a no ser privados de su base económica por la nación en la que se encuentren.

Muchos países han firmado pactos que recomiendan, para las minorías culturales dentro de las naciones, derechos como la autodeterminación, cierto grado de regulación doméstica, y el derecho a practicar la religión, la cultura y el idioma del grupo. La idea relacionada con los **derechos de propiedad intelectual (DPI)** indígena surgió con la intención de conservar la base cultural de cada sociedad: sus creencias y principios fundamentales. Los DPI se afirman como un derecho cultural, y permiten a los grupos indígenas el control de su conocimiento colectivo y sus aplicaciones. Gran parte del conocimiento cultural tradicional posee valor comercial. Los ejemplos incluyen la etnomedicina (conocimiento y técnicas médicas tradicionales), los cosméticos, las plantas cultivadas, los alimentos, el folclore, las artes, las artesanías, las canciones, los bailes, las costumbres y los rituales. De acuerdo con el concepto del DPI, un grupo indígena particular puede determinar cómo usar y distribuir sus conocimientos y los productos del mismo, así como el nivel de compensación requerido. (El recuadro “Valorar la diversidad” de este capítulo discute cómo las nociones de derechos humanos, culturales y animales pueden entrar en conflicto.)

1.2.4 Mecanismo del cambio cultural

¿Por qué y cómo cambian las culturas? Una forma es la **difusión**, o el préstamo de rasgos entre culturas. Tal intercambio de información y productos se ha realizado a lo largo de la historia humana porque las culturas nunca han estado aisladas. Siempre ha existido el contacto entre grupos vecinos y se ha extendido sobre grandes áreas. La difusión es directa cuando dos culturas comercian, se casan o hacen la guerra entre ellas. La difusión resulta forzada cuando una cultura subyuga a otra e impone sus costumbres al grupo que domina. La difusión deviene indirecta cuando se mueven artículos del grupo A al grupo C vía el grupo B, sin contacto alguno de primera mano entre A y C. En tal caso, el grupo B puede estar conformado por comerciantes o mercaderes que llevan productos de varios lugares hacia nuevos mercados. O el grupo B puede estar geográficamente ubicado entre A y C, de

modo que lo que consigue en A eventualmente se moverá hacia C y viceversa. En el mundo actual, mucha difusión transnacional se debe a la expansión de los medios de comunicación y los avances de las tecnologías de la información.

La **aculturación**, un segundo mecanismo del cambio cultural, es el intercambio de características culturales que resultan cuando los grupos tienen contacto continuo de primera mano. Las culturas de cualquier grupo o de ambos grupos pueden cambiar por este contacto. Con la aculturación, partes de las culturas cambian, pero cada grupo permanece distinto. En situaciones de contacto continuo, las culturas pueden intercambiar y mezclar alimentos, recetas, música, bailes, vestimenta, herramientas, tecnologías e idiomas.

La **invención independiente**, el proceso mediante el cual los humanos innovan y encuentran soluciones creativas a los problemas, es un tercer mecanismo de cambio cultural. Enfrentados con problemas y retos comparables, las personas de diferentes sociedades innovan y cambian en formas similares, que es una razón por la que existen las generalidades culturales. Un ejemplo es la invención independiente de la agricultura en Medio Oriente y México. Durante el curso de la historia humana, las grandes innovaciones se han dispersado a costa de las más antiguas. Con frecuencia, una gran invención, como la agricultura, dispara una serie de cambios posteriores interrelacionados. Estas revoluciones económicas generan repercusiones sociales y culturales. Por ende, tanto en México como en Oriente Medio, la agricultura condujo a muchos cambios sociales, políticos y legales, incluidos las nociones de propiedad y distinciones de riqueza, clase y poder.

1.2.5 Globalización

El término globalización abarca una serie de procesos, incluidos difusión y aculturación, que trabajan para promover el cambio en un mundo donde las naciones y la gente se encuentran cada vez más vinculados y son mutuamente dependientes. Los promotores de tales vínculos son fuerzas económicas y políticas, junto con modernos sistemas de transporte y comunicación. Las fuerzas de la globalización incluyen comercio internacional, viajes y turismo, migración transnacional, los medios de comunicación y varios flujos de información de alta tecnología.

La comunicación a larga distancia es más sencilla, rápida y barata que nunca antes, y se extiende a áreas remotas. Los medios masivos de comunicación ayudan a impulsar una cultura de consumo de dispersión global, que estimula la participación en la economía mundial. Dentro de las naciones, y a través de sus fronteras, los medios de comunicación diseminan información acerca de amenazas, productos, servicios, derechos, instituciones y estilos de vida. Los emigrantes transmiten información y recursos de manera transnacional, al mismo tiempo que mantienen sus lazos con casa (mediante llamadas telefónicas, faxes, correos electrónicos, y al realizar visitas y enviar dinero). En cierto sentido, tales personas viven de manera multilocal: en diferentes lugares y culturas al mismo tiempo. Aprenden a desempeñar diversos papeles sociales y a cambiar de comportamiento e identidad dependiendo de la situación en la que se encuentran.

1.3 APLICACIÓN DE LA ANTROPOLOGIA

1.3.1 Etnografía: estrategia distintiva de la antropología

Los primeros antropólogos trabajaron en reservas indias de nativos-americanos, viajaron a tierras distantes para estudiar pequeños grupos de forrajeros (cazadores y recolectores) y cultivadores. Tradicionalmente, el proceso para convertirse en antropólogo cultural requirió desarrollar experiencias de campo en otra sociedad. Los primeros etnógrafos vivieron en sociedades a pequeña escala, relativamente aisladas, con tecnologías y economías simples.

La etnografía surgió entonces como una estrategia de investigación para estudiar sociedades con mayor uniformidad cultural y menor diferenciación social que las que prevalecen en las naciones modernas, grandes e industrializadas. Para comprender una cultura particular en su conjunto (tanto como se pueda, dadas las limitaciones de tiempo y percepción), los etnógrafos adoptan una estrategia de movimiento libre para recabar información. En una sociedad o comunidad dada, el etnógrafo se mueve de escenario en escenario, de lugar a lugar, y de sujeto a sujeto para descubrir la totalidad y la interconexión de la vida social. Al ampliar el conocimiento de la diversidad humana, la etnografía proporciona bases para realizar generalizaciones acerca del comportamiento humano y de la vida social; para ello se apoya en diversas técnicas y arma un cuadro donde se muestran estilos de vida ajenos.

1.3.2 Técnicas etnográficas

Entre las técnicas de campo que utiliza el etnógrafo se encuentran las siguientes:

1. **La observación directa.** Es de primera mano, se hace sobre el comportamiento e incluye la observación participante.
2. **La conversación.** Se realiza con diversos niveles de formalidad, desde el chismorreo diario que ayuda a mantener el rapport y ofrece conocimiento acerca de lo que sucede, hasta las entrevistas prolongadas, que pueden ser abiertas o estructuradas.
3. **El método genealógico.**
4. El trabajo detallado con consultores, o informantes clave, acerca de áreas particulares de la vida comunitaria.
5. **Historias de vida de personas particulares.** Para realizarlas se llevan a cabo entrevistas en profundidad.
6. El descubrimiento de creencias y percepciones de los locales o nativos, que pueden compararse con las observaciones y las conclusiones a las que llega el etnógrafo.
7. La investigación orientada a problemas de diversos tipos.
8. **La investigación longitudinal.** Consiste en el estudio continuo a largo plazo de un sitio o aspecto de la comunidad que se estudia.
9. **La investigación en equipo.** Se trata de investigaciones coordinadas en las que participan varios etnógrafos.

Observación y observación participante

Los etnógrafos tienen que prestar atención a cientos de detalles de la vida diaria, eventos estacionales y sucesos inusuales. Deben registrar todo lo que ven, y tal como lo observan.

Durante las primeras semanas en el campo, las cosas nunca parecerán más extrañas de lo que son. Con frecuencia, al llegar a un nuevo sitio de trabajo de campo, los antropólogos experimentan un choque cultural, un extraño y profundo sentimiento de alienación. Aunque los antropólogos estudian la diversidad humana, a algunos les cuesta acostumbrarse a la verdadera experiencia de campo de tal diversidad, como se verá en el recuadro “Valorar la diversidad” de este capítulo. Con el tiempo, el etnógrafo se acostumbra y acepta como normales los patrones culturales que inicialmente le parecieron ajenos. Permanecer poco más de un año en el campo permite al etnógrafo repetir la estación de su llegada, momento en el que pudo haber perdido ciertos eventos y procesos debido a la falta de familiaridad inicial y al choque cultural.

Conversación, entrevista y guías de entrevista

Participar en la vida local significa que los etnógrafos constantemente hablan con la gente y plantean preguntas. Conforme aumenta su conocimiento de la lengua y la cultura locales, comprenden más. Hay muchas etapas en el aprendizaje de una lengua durante el trabajo de campo. Primero ocurre la fase de denominación: preguntar nombre tras nombre de las cosas que hay alrededor. Más tarde se está en posibilidad de plantear preguntas más complejas y entender las respuestas. Luego se comienzan a comprender conversaciones simples entre dos habitantes. Si el dominio del idioma avanza lo suficiente, eventualmente se podrán entender animadas discusiones públicas y conversaciones grupales.

Aunque se hizo una encuesta, el enfoque difirió del diseño de investigación por encuestas que emplean de manera rutinaria los sociólogos y otros científicos sociales que trabajan en las grandes naciones industriales. Dicha investigación por encuestas, que se comentará más adelante, involucra el muestreo (elegir un pequeño grupo manejable de una población más grande). No seleccionamos una muestra parcial de la población total. En vez de ello, tratamos de realizar entrevistas en todos los hogares de la comunidad (esto es: de lograr una muestra total). Usamos una cédula de entrevistas en lugar de un cuestionario. Con la guía de entrevista el etnógrafo habla cara a cara con las personas, les plantea preguntas y escribe sus respuestas. Los procedimientos con cuestionarios tienden a ser más indirectos e impersonales; con frecuencia el entrevistado llena el formato.

Método genealógico

Como personas ordinarias, muchos aprendemos acerca de nuestros ancestros y parientes al rastrear nuestras genealogías. Ahora contamos con diversos programas de cómputo que permiten construir el “árbol familiar” y los grados de relación. El método genealógico es una técnica etnográfica bien establecida. Los primeros etnógrafos desarrollaron la anotación y los símbolos para lidiar con el parentesco, la descendencia y el matrimonio. La genealogía es un elemento esencial en la organización social de las sociedades no industriales, donde la gente vive y trabaja cada día con sus parientes cercanos. Los antropólogos necesitan recolectar datos genealógicos para entender las relaciones sociales actuales y reconstruir la historia. En muchas sociedades no industriales, los vínculos de parentesco son básicos para la vida social. Los antropólogos incluso llaman a tales culturas “sociedades basadas en el parentesco”. Todos se hallan relacionados y pasan la mayor parte de su tiempo con los parientes. Las reglas de comportamiento vinculadas a las relaciones de parentesco particulares son fundamentales para la vida cotidiana. El matrimonio también es crucial en la organización de las sociedades no industriales, pues uniones estratégicas entre villas, tribus y clanes crean alianzas políticas.

Informantes culturales clave

En toda comunidad existen personas que, por accidente, experiencia, talento o capacitación, pueden ofrecer la información más completa o útil acerca de aspectos particulares de la vida. Dichas personas son informantes culturales clave, también llamados consultores clave.

Historias de vida

En las sociedades no industriales, como en cualquiera otra, varían las personalidades, intereses y habilidades individuales. Algunos pobladores resultan estar más interesados en el trabajo del etnógrafo y son más útiles, a menos y agradables que otros. Los antropólogos desarrollan gustos y aversiones en el trabajo de campo como lo hacen en casa. Con frecuencia, cuando encuentran a alguien inusualmente interesante, recopilan su historia de vida. La recolección de experiencias de la vida de una persona ofrece un retrato cultural más íntimo y personal que otros métodos. Las historias de vida, que pueden registrarse o videograbarse para su revisión y análisis posteriores, revelan cómo personas específicas

perciben, reaccionan y contribuyen con los cambios que afectan sus vidas. Tales relatos pueden ilustrar la diversidad que existe dentro de cualquier comunidad, pues se enfocan en cómo diferentes personas interpretan y lidian con algunos de los mismos problemas. Muchos etnógrafos incluyen la colección de historias de vida como parte sustancial de su estrategia de investigación.

Creencias y percepciones locales, y las del etnógrafo

Una meta de la etnografía es descubrir las visiones, creencias y percepciones locales (nativas), que pueden compararse con las observaciones y conclusiones propias del etnógrafo. En el trabajo de campo, los etnógrafos por lo general combinan dos estrategias de investigación, la **emic** (orientada a lo nativo) y la **etic** (orientada a lo científico). Muchos antropólogos han aplicado a la etnografía esos términos que se derivan de la lingüística. Marvin Harris estableció los siguientes significados para esos términos: un enfoque **emic** investiga qué piensa la gente local: ¿cómo perciben y categorizan el mundo?, ¿cuáles son sus reglas de comportamiento?, ¿qué tiene significado para ellos?, ¿cómo imaginan y explican las cosas? Al operar de manera emic, el etnógrafo busca el “punto de vista nativo”, y se apoya en la gente local para explicar las cosas y decir si algo es significativo o no. El **término informante cultural**, o consultor, se refiere a los individuos que el etnógrafo busca conocer en el trabajo de campo, las personas que le enseñan acerca de su cultura son los que proporcionan la perspectiva emic.

El enfoque **etic** (orientado a lo científico) cambia el foco de las observaciones, categorías, explicaciones e interpretaciones locales, a las del antropólogo. Del enfoque etic se deriva la interpretación de las culturas de manera imparcial, ya que los miembros de una cultura con frecuencia están demasiado involucrados en su vida cotidiana para hacerlo. Al operar de manera etic, el etnógrafo enfatiza lo que (el observador/la observadora) nota y considera relevante. Como científico capacitado, el etnógrafo debe tratar de plantear un punto de vista objetivo y comprensivo al estudio de otras culturas. Desde luego, el etnógrafo, como cualquier otro científico, también es un ser humano con visiones culturales que evitan la objetividad completa. Como en otras ciencias, la capacitación adecuada puede reducir, mas no eliminar totalmente, los prejuicios del observador. Pero los antropólogos están capacitados especialmente para comparar el comportamiento entre diferentes sociedades.

Etnografía orientada a problemas

Aunque los antropólogos están interesados en todo el contexto del comportamiento humano, es imposible estudiarlo todo. La mayoría de los etnógrafos ahora entran al trabajo de campo con un problema específico por investigar, y recopilan datos relevantes a dicho problema. Las respuestas de los locales a las preguntas no son la única fuente de datos. Los antropólogos también recopilan información acerca de factores como densidad de población, calidad ambiental, clima, geografía física, dieta y uso de la tierra. En ocasiones esto implica la medición directa, ya sea de la lluvia, la temperatura, los campos, los cultivos, las cantidades dietéticas o la asignación del tiempo. Con frecuencia es necesario consultar registros o archivos gubernamentales.

Investigación longitudinal

Los antropólogos ahora se encuentran menos limitados por la geografía que en el pasado, cuando podían tardar meses para llegar a un sitio para su trabajo de campo y las visitas de regreso eran poco comunes. Los nuevos sistemas de transporte permiten a los antropólogos ampliar el área de su investigación y regresar repetidamente. Los reportes etnográficos incluyen rutinariamente datos de dos o más estancias de campo. La **investigación longitudinal** es el estudio a largo plazo de una comunidad, región, sociedad, cultura u otra unidad, por lo general con base en visitas repetidas.

1.3.3 Papel de la antropología aplicada

La **antropología aplicada** es una de las dos dimensiones de la antropología, la otra es la antropología teórica/académica. La antropología aplicada o práctica, usa datos, perspectivas, teorías y métodos antropológicos para identificar, valorar y resolver problemas contemporáneos que involucran el comportamiento humano y las fuerzas, condiciones y contextos sociales y culturales. Por ejemplo, los antropólogos médicos trabajan como intérpretes culturales en programas de salud pública, de modo que facilitan su ajuste a la cultura local.

Los antropólogos físicos trabajan en salud pública, nutrición, asesoría genética, abuso de sustancias, epidemiología, envejecimiento y enfermedades mentales. Los antropólogos forenses trabajan con la policía, con médicos forenses, en los juzgados y organizaciones

internacionales para identificar a víctimas de crímenes, accidentes, guerras y terrorismo. Los antropólogos lingüistas estudian las interacciones médico-paciente y muestran cómo las diferencias en el idioma influyen sobre el aprendizaje en el salón de clase. La meta de quienes se dedican a la antropología aplicada es encontrar formas humanas y efectivas para ayudar a las personas de la localidad.

SUBCAMPOS DE LA ANTROPOLOGÍA (ANTROPOLOGÍA ACADÉMICA)	EJEMPLO DE APLICACIÓN (ANTROPOLOGÍA APLICADA)
Antropología cultural	Antropología del desarrollo
Antropología arqueológica	Gestión de patrimonio cultural (GPC)
Antropología biológica o física	Antropología forense
Antropología lingüística	Estudio de la diversidad lingüística en los salones de clase

1.3.4 Antropología del desarrollo

La **antropología del desarrollo** es la rama de la antropología aplicada que centra su atención en el estudio de los conflictos sociales y la dimensión cultural del desarrollo económico. Los antropólogos del desarrollo no sólo llevan a cabo políticas planificadas por otros; también planifican y guían la política.

Equidad

En la actualidad, las políticas de desarrollo persiguen la meta de promover la equidad. **Equidad** creciente significa reducir la pobreza y distribuir la riqueza de manera más igualitaria. Sin embargo, si los proyectos se plantean para aumentar la equidad, deben contar con el apoyo de gobiernos reformistas. Los ricos y poderosos por lo general se resisten a los proyectos que amenazan sus intereses establecidos.

1.3.5 Estrategias para la innovación

Los antropólogos del desarrollo, preocupados por los conflictos sociales y la dimensión cultural del desarrollo económico, deben trabajar de manera conjunta con los locales para ayudarles a valorar e identificar sus deseos y necesidades para el cambio. Existen diversas demandas locales que requieren recursos para realizar proyectos de desarrollo; sin embargo, con frecuencia se gastan recursos en lugares que no lo requieren y se abandonan otros en los que sí son necesarios. La antropología del desarrollo puede ayudar a ordenar las necesidades en los diferentes lugares y ajustar los proyectos. Un aspecto relevante a tomar en cuenta en los proyectos que se pretendan echar a andar es poner en primer lugar

a la gente, y consultarla para que esos proyectos respondan a los requerimientos que expresan. Después, los antropólogos del desarrollo pueden trabajar y garantizar formas socialmente compatibles para realizar un buen proyecto

Sobreinnovación

En un estudio comparativo que realicé, los proyectos compatibles y exitosos evitaron la falacia de la sobreinnovación (demasiado cambio). Se esperaría que la gente se resistiese a los proyectos de desarrollo que requieran cambios mayores en sus vidas diarias. La gente usualmente quiere cambiar lo suficiente para conservar lo que tiene. Los motivos para modificar el comportamiento provienen de la cultura tradicional y de las pequeñas preocupaciones de la vida cotidiana. Los valores de los campesinos no son tan abstractos como “aprender una mejor forma”, “progresar”, “aumentar el conocimiento técnico”, “mejorar la eficiencia” o “adoptar técnicas modernas”.

Subdiferenciación

La subdiferenciación es la tendencia falsa de ver a “los países menos desarrollados” con más semejanzas entre sí. Las agencias de desarrollo con frecuencia ignoraban la diversidad cultural (por ejemplo, entre Brasil y Burundi) y adoptaban un enfoque uniforme ante conjuntos de personas, de suyo, muy diferentes. Al pasar por alto la diversidad cultural, muchos proyectos también han tratado de imponer nociones de propiedad y unidades sociales incompatibles. Con mucha frecuencia, un diseño social erróneo supone o 1) unidades productivas propiedad privada de un individuo o pareja, trabajadas por una familia nuclear, o 2) cooperativas que al menos parcialmente se basan en modelos del ex bloque del Este y los países socialistas.

1.3.6 Antropología y educación

La atención a la cultura también es fundamental para la antropología y la educación, cuyas investigaciones toma en cuenta desde los salones de clase y se extienden hasta los hogares, vecindarios y comunidades. En los salones de clase los antropólogos observan las interacciones entre profesores, alumnos, padres y visitantes.

El clásico reporte de Jules Henry del salón de clase de una escuela primaria estadounidense muestra cómo los alumnos aprenden a conformarse y competir con sus pares. Los

antropólogos ven a los niños como criaturas culturales completas, cuyas enculturación y actitudes hacia la educación pertenecen a un contexto que incluye familias y pares.

1.3.7 Antropología urbana

Conforme la industrialización y la urbanización se dispersan por todo el globo, los antropólogos estudian cada vez más dichos procesos y los problemas sociales que crean. La antropología urbana, que tiene dimensiones tanto teóricas (investigación básica) como aplicadas, es el estudio transcultural y etnográfico de la urbanización global y la vida en las ciudades. Estados Unidos y Canadá se han convertido en lugares populares para la investigación antropológica urbana sobre todo en temas como inmigración, etnicidad, pobreza, clase y violencia urbana.

1.3.8 Antropología médica

La antropología médica es tanto académica-teórica como aplicada-práctica e incluye a antropólogos de los cuatro subcampos. Los antropólogos médicos examinan cuestiones sobre cuáles enfermedades y condiciones de salud afectan a poblaciones particulares (y por qué) y cómo los padecimientos se construyen socialmente, diagnostican, gestionan y tratan en diversas sociedades.

La enfermedad se refiere a una amenaza a la salud científicamente identificada, causada genéticamente o por medio de una bacteria, virus, hongo, parásito u otro patógeno. El padecimiento es una condición de carencia de salud que percibe y siente un individuo. Las percepciones de buena y mala salud, igual que las amenazas y los problemas sanitarios se construyen culturalmente. Diversos grupos étnicos y culturas reconocen diferentes padecimientos, síntomas y causas, y desarrollan distintos sistemas para la atención de la salud y estrategias de tratamiento.

En muchas áreas, el sistema mundial y el colonialismo empeoraron la salud de los indígenas al esparcir enfermedades, guerras, servidumbre y otros factores de estrés. En tiempos antiguos, los cazadores-recolectores carecieron de la mayoría de las enfermedades infecciosas epidémicas que afectaban a las sociedades agrícolas y urbanas, debido al número reducido de sus miembros, su movilidad y relativo aislamiento en relación con otros grupos.

Las enfermedades epidémicas como el cólera, la tifoidea y la peste bubónica florecen en poblaciones densas, por tanto, entre granjeros y habitantes de la ciudad. La dispersión de

la malaria se ha relacionado con el crecimiento poblacional y la deforestación asociada con la producción de alimentos.

Los tipos e incidencia de enfermedades varían entre las sociedades; las culturas interpretan y tratan los padecimientos de manera diferente. Los criterios de salud y enfermedad son construcciones culturales que varían en el tiempo y el espacio. Sin embargo, todas las sociedades poseen lo que George Foster y Barba Anderson llaman teorías sistematizadas sobre la enfermedad para identificar, clasificar y explicar los padecimientos. De acuerdo con Foster y Anderson, existen tres teorías básicas acerca de las causas de los padecimientos: personalistas, naturalistas y emocionales. Las teorías personalistas de la enfermedad culpan a agentes, como hechiceros, brujas, fantasmas o espíritus ancestrales. Las teorías naturalistas de la enfermedad explican los padecimientos en términos impersonales.

Las **teorías emocionales** de la enfermedad suponen que las experiencias emocionales causan padecimientos. Por ejemplo, los latinoamericanos pueden desarrollar **susto**, un padecimiento causado por ansiedad o miedo. Sus síntomas (letargo, vaguedad, distracción) son similares a los de la “pérdida de alma”, un diagnóstico de síntomas similar al que hacen los habitantes de Madagascar. El psicoanálisis moderno también se centra en el papel de las emociones para el bienestar físico y psicológico.

Todas las sociedades tienen **sistemas de atención a la salud** que consisten en creencias, costumbres, especialistas y técnicas dirigidas a salvaguardar la salud y prevenir, diagnosticar y curar los padecimientos.

La teoría de las causas de la enfermedad de una sociedad es relevante para el tratamiento. Cuando los padecimientos tienen una causa personalista, los especialistas mágico-religiosos pueden ser buenos sanadores. Los sanadores usan varias técnicas (esotéricas y prácticas), que constituyen su conocimiento especial. Un chamán puede curar la pérdida de alma al atraer al espíritu de vuelta al cuerpo. Los chamanes pueden facilitar los partos difíciles cuando piden a los espíritus que viajen por el canal de parto para guiar al bebé hacia la salida. Un chamán puede curar una tos al contrarrestar una maldición o remover una sustancia introducida por un hechicero.

Los antropólogos médicos han servido como intérpretes culturales en programas de salud pública y deben poner atención a las teorías locales acerca de la naturaleza, las causas y tratamientos de los padecimientos. Las intervenciones de salud no pueden ser simplemente

impuestas en las comunidades. Deben encajar en las culturas locales y ser aceptadas por los habitantes locales. Cuando se introduce la medicina occidental, la gente por lo general conserva muchos de sus métodos antiguos al mismo tiempo que acepta los nuevos. Los sanadores nativos pueden tratar ciertas afecciones (posesiones de espíritus), mientras que los médicos pueden manejar otras. Si se consultan especialistas modernos y tradicionales, y el paciente se cura, el sanador nativo puede recibir mucho o más reconocimiento que el médico.

Los antropólogos médicos examinan cada vez más el impacto de las nuevas técnicas científicas y médicas sobre las ideas acerca de la vida, la muerte y la identidad personal (lo que es y no es una persona). Durante décadas, los desacuerdos acerca de la identidad personal sobre cuándo comienza y termina la vida, han sido parte de discusiones políticas y religiosas sobre la anticoncepción, el aborto, el suicidio asistido y la eutanasia (muerte digna).

A esa discusión se le suman, recientemente, la investigación con células madre, los embriones congelados, la reproducción asistida, los perfiles genéticos, la clonación y los tratamientos médicos para prolongar la vida. Las ideas acerca de lo que significa ser humano y estar vivo o muerto comienzan a reformularse.

Fuentes bibliográficas I ra unidad

- I. Kottak, C. P. (2013). Antropología cultural (14.^a ed.). McGraw-Hill Interamericana. Revisado el 06 de agosto 2025. Disponible en: file:///C:/Users/Shiog/Downloads/kottak_2011_antropologia_cultural.pdf

UNIDAD 2

2.1 ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

2.1.1 La definición 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 desiderátum. 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 excesivamente 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.

2.1.2 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.

2.1.3 Criterios para la intelección de la salud

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 preguntémos: si ese médico ha procedido metódica y técnicamente, ¿a qué criterios se ha atendido para formular su juicio; si se quiere, para diagnosticar la salud de quien en su opinión está sano? Varias respuestas son posibles, a todas puede recurrir y combinándolas de uno u otro modo entre sí a ellas recurre de ordinario el médico. Hasta cinco veo yo:

El criterio morfológico

Fiel y estricto cumplidor del precepto contenido en el escrito hipocrático de prisco medicina que la norma rectora del saber del asclepiada 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.

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.

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.

El criterio utilitario o ergico

El rendimiento vital un rendimiento vital específicamente determinado: trabajo profesional, servicio militar, creación intelectual o artística puede así 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 érgon propio. Así vista la salud, sano es sinónimo de útil; útil para el buen cumplimiento de alguna actividad social.

El criterio comportamental o conductual

Sin una conducta normal sin un comportamiento efectivamente atendido 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.

Que es la salud: criterio subjetivo

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. 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.
2. 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. 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 eolítico, 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.

2.1.4 Una concepción 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:

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.

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 incierta que presentan las curvas gaussianas.

2.º 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 galénistas latinos llamaron corpus neuírum, ni sano, ni enfermo.

3.º 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.º 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.

2.1.5 El diagnóstico 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 morfológicos, 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.

2.2 LA SALUD COMO PROBLEMA ANTROPOLÓGICO

2.2.1 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. 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 analogía 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.

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 mejius, 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.

2.2.2 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.

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.

2.2.3 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.

I. 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 reigente, 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 reigente 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 autosenntimiento bajo forma de sentiscencia y autosenntiscencia en los niveles biológicamente inferiores, 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.

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. 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.

2.2.4 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.

I. 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 Kranjheit*, 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 supuesto, condición necesaria. Digamos con Hildegard de Bingen: *homo corpus esí 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 homologa 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.

2. 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 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 esencialmente por obra de la reflexión intelectual 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.

2.3 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, 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, 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, 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 que dan su realidad concreta a la enfermedad

propriadamente dicha, y por tanto a los síntomas (symptomata) y los signos (sêmeia) en que el proceso morboso definitivamente se realiza y manifiesta.

2.3.1 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.

I. 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 crisis pretendió ser la respuesta científica a esa

pregunta, tal ha sido para el patólogo uno de los problemas fundamentales. Examinémoslo con alguna atención.

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.

2.3.2 Situación y constelación nosogenéticas

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.

I. 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

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.

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. En cuanto que dan a veces lugar a los caracteres constitucionales que acabo de llamar preponderantemente adquiridos.
2. 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 extrovertido, 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 junguiana 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 nosogénica.

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.

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.

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.

2.3.3 El vector nosogenético

No es preciso recurrir a William James y a Bergson para advertir que el presente vital no es otra cosa que un instante artificialmente discernido por el arbitrio del observador, en el constante flujo de la vida humana desde su pasado hacia su futuro. El carácter futurizo 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) 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 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.

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.

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. 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 causación de los cambios de estado permite responder a esa interrogación y describir la iniciación del proceso morboso en los siguientes términos:

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.

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.

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

governabilidad 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 biológico-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.

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 puramente orgánica o cósmica, sino de indagar si hay enfermedades en las cuales esos momentos de la vida personal desempeñan un papel preponderante.

2.3.4 Ocasión y tiempo de la nosogénesis

I. 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 porqué 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 morbooso 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 aquella. 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 morbooso, la posible respuesta a la pregunta: esta enfermedad, ¿por qué precisamente ahora?

Para ello es preciso, ante todo, recordar la distinción de von Weizsacker 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 a enfermo será distinta la respuesta. En cualquier caso, el cuándo 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.

Fuentes bibliográficas 2da unidad

- I. Laín Entralgo, P. (1984). Antropología médica para clínicos (3.^a ed.). Barcelona: Salvat. Revisado el 06 de agosto del 2025. Disponible en: <file:///C:/Users/valef/Downloads/Antropologia%20medica%20Pedro%20Lain.pdf>

UNIDAD 3

3.1 LA CONFIGURACION 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 nosogénico. 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 synejtiké* 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.

3.1.1 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*.

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 creará 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 consecencial 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. 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:

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 desvalido. Recuérdese el común sentido de las palabras infirmitas, asthénia, maladie, disease y otras semejantes.

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.

La amenaza. Cierta 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 amenazado 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).

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.

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.

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 órnalos 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.

El recurso. En cuanto que la vida es siempre vida hacía, toda situación nueva puede ser un recurso o una remora 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 éros 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-luminación antes mencionado.

Sólo según él podrían entenderse ciertos estremecedores textos de Nietzsche. En otros casos, de manera hartó 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 históricas 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.

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 celular. 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.

El «síndrome general de adaptación» sería una respuesta in mediata, 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.

3.1.2 La sistematización de la enfermedad

La palabra castellana síntoma, como sus homologas en las restantes lenguas cultas, proviene del sustantivo griego *symptóma* (acontecimiento fortuito, coincidencia, caso), y éste del verbo *symptō* (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 *symptóma* y *symbebékós*, 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 (*poiésis*, 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.

I. 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.

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 in mediata de la enfermedad de que se trate (la «lesión» más primitiva), la expresión consecucional 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.

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 consecucional; 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 fiebre, 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.

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.

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.

3.1.3 Génesis y localización del síntoma

I. Génesis del síntoma

Volvamos a nuestro punto de partida. Un vector nosogenético siempre de naturaleza psicoorgánica, aunque en su estructura puedan predominar de manera 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' anánkén 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 tykhén, dirían los griegos, con necessitas conditionata, en términos escolásticos-; pero, esto es lo decisivo, tal tykhè 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.

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.

a. Preponderancia física 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.

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 subcientemente intencional; así en las anginas psicósomáticas de Von Weizsacker 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.

c. Preponderancia personal

Determinación preponderantemente personal de la localización del síntoma. El lugar del síntoma viene ahora determinado por obra de un proceso subcientemente de la vida psíquica del sujeto. Nunca, sin embargo, dejará de

afectar a la conciencia -por modo hiponico 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:

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.

La relación entre la causa del conflicto y su correlato anatomofisiológico. Que una neurosis viril consecutiva a la frustración sexual se manifieste como impotencia coeundi será eventualidad más frecuente que la manifestación cardiovascular de ella; pero en la «elección del órgano» nunca quedará totalmente excluida esta segunda vía de la patogénesis.

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.

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.

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».

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.

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.

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.

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:

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.

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.

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 «especies»-, la da en este caso el hecho de que todos ellos coinciden en ser partes integrales de tal conjunto unitario.

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 conceptualización desde un punto de vista puramente sintomático tiene su origen en Sydenham. La especie morbosa que los antiguos llamaron pneumonía 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.

b. Individualización del cuadro somático

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 ¡n individuo de una bien determinada especie morbosa. La segunda, entre empírica, ingeniosa y doctrinal, sostiene que no 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*.

3.1.4 La reacción 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 bios 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 unitariamente lo que en cada hombre es «cuerpo» y lo que es «persona». Sépalo o no lo sepa el enfermo de coleditiasis, en el proceso y en la expresión de su litogénesis están secretamente operando su inteligencia y su libertad.

I. 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.

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 enfermedad. 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 *oíd 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.

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.

3.2 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» -τὰ φυσικά, las cosas concernientes a la naturaleza-, «física de la enfermedad humana» no es un conocimiento de ella puramente atendido 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?».

3.2.1 La enfermedad desde el punto de vista de lo que es

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.

I. 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).

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 cosas. 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 atendido 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 individuo 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».

2. Individualidad, causación y fisiopatología

a. Individualidad de 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 preponderante, 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.

3.2.2 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 morbosos 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 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.

I. Enfermedad y corporeidad

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.

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 presupuesto 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 tus 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. 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 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.

4. Enfermedad y doloribilidad

Introduzco el término «doloribilidad» para designar la constitutiva, esencial susceptibilidad humana al dolor, sea este 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 impropio 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.

5. 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.

3.2.3 Un camino a la integración

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.

I. 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?

a. 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 intelectual, 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».

3.3 LA RELACION 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.

3.3.1 la relación médico-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 evacúe 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 médico. 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.

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.

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.

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).

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.

3. Métodos de la relación médica

a. Los motivos del enfermo

Ante todo, los motivos del enfermo. Movidio 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.

¿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».

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 plantean el tema:

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.

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.

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.

3.3.2 El acto médico

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 tónica, 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.

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-sisiere, «estar junto a»), simultáneamente esté 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.

3.4 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?

3.4.1 Modos típicos y modos atípicos

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.

I. 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». 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.

Cinco son las actividades en que esencialmente se realiza y manifiesta la amistad: la benevolencia, querer el bien del amigo; la benediciencia, decir bien de él; la beneficencia, hacer el bien con él y para él; la beneficiencia -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 projimidad 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.

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»- adquiriría 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.

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.

3. La transferencia

La creciente vigencia del psicoanálisis ha conducido a bautizar con un nombre nuevo -Ueberfragung, 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 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.

A cuatro puntos principales pueden ser reducidas las primitivas expresiones de Freud acerca de la transferencia:

- a. 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 desplazantes emergidas durante el análisis».
- b. 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».
- c. 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»).
- d. 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.

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 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:

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.

Frialdad del médico. La excesiva frialdad sentimental o el ocasional des temple 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 funcional (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.

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.

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 módicamente amistoso, o no lo es en medida suficiente. Las posibilidades más frecuentes son:

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.

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.

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.

3.4.2 Amistad 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 junguianos, conforme a su idea del inconsciente colectivo y las expresiones mítico-simbólicas de éste; por ejemplo, la conjuntico 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». 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.

3.5 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.

3.5.1 El diagnóstico 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 «úlceras gástricas», «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». Más adelante diré la razón por la cual han sido éstos 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 párrafos: 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.

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 podré establecer la verdadera estructura del vector nosogenético que en aquel caso operó.

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, además de ser signitativa; 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 atendida a lo que en ésta es intención objetivante.

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. No poco de lo que luego será la vinculación afectiva entre el médico y el paciente se inicia, en efecto, en esos primeros minutos.

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 cognoscitivo (instrumento para explorar cómo es la realidad) y frutivo (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 frutivo 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 manifestaciones la neutralidad afectiva, que la sociedad occidental exige y espera del médico correcto.

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; 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.

3. La indiferencia 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 CI, 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». Ciertamente que el saber a qué 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.

3.5.2 Formas deficientes del diagnóstico

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.

1. Deficiencia pragmática

Llamamos «pragmática» a la conducta sólidamente atendida a lo que ocasional y funcionalmente exige el manejo eficaz de las cosas y los asuntos (pragmata, 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 atencimiento 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 resíitutum 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.

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 atendidos, en consecuencia, al conocimiento clínico que R. N. Braun ha llamado «enjuiciamiento de la situación». Es cierto que mediante las reglas de la «praxis médica general» que el propio Braun ha formulado, 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. Índole 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?

3.5.3 Epistemología del diagnóstico

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, frente a los procesos biológicos, la metódica consideración de ellos como reacciones regidas por la pauta dinámica del «círculo figural» de von Weizsacker; 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 anamnésica interpretativa, pasando por la prueba funcional y la respuesta anamnésica 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.

3.6 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». 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 morbo; la visión fisiopatológica de éste, al empleo de remedios capaces de actuar en forma calculable sobre los desórdenes de las diversas funciones orgánicas; la visión etiopatológica de la afección morbo, 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*.

3.6.1 Situación, constelación y vector terapéutico

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.

I. 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 prescripción 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 Schonlein 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 caben 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, adiuvars- de algún modo modulan la idea de lo que con ella hace.

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.

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 aquel 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.

a. El fármaco

Como el nosogenético, el vector terapéutico puede ser preponderantemente orgánico o preponderantemente psíquico. Sea aquel 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.

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.

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 medicamento 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 preponderante mente 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.

3.6.2 Tres situaciones clínicas

Estudemos 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.

I. 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 fracasar 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 o 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.

2. La enfermedad crónica preponderante orgánica

Por tanto; un caso de hipertensión arterial, de gota, de úlcera péptica recidivante, de esclerosis en placas. Una enfermedad se hace crónica porque nuestros 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.

a. Meta del tratamiento

Obviamente, la meta del tratamiento médico debe ser siempre la entera curación del enfermo, la restitución 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 *diáita* o «régimen de vida» de los antiguos griegos se eleva desde el plan cósmico en que el *asclepiáda* 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.

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 Weizsacker diremos, pues, que la relación terapéutica con el enfermo crónico no es sólo *Weggenossenschaft*, camaradería itinerante, que es también *drztliche 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, más 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. La 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, taníum 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 inquiriere 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.

3.6.3 La enfermedad crónica preponderante 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 hícticas 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 psicoterapeutas 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 teórica. 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.

I. 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.

2. 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. Seguin ha hablado con brillantez y acierto de un «eros psicoterapéutico»; doctrina a la cual debe añadirse que además de ser éros o amor de aspiración, el amor del buen médico a su paciente es también agdpé, 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 psicoacústica. 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.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS 3RA UNIDAD

- I. Laín Entralgo, P. (1984). Antropología médica para clínicos (3.ª ed.). Barcelona: Salvat. Revisado el 06 de agosto del 2025. Disponible en: <file:///C:/Users/valef/Downloads/Antropologia%20medica%20Pedro%20Lain.pdf>

UNIDAD 4

4.1 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. 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).

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».

4.1.1 La condición moral del acto médico

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 traspíes y cae al suelo sin sentido. Se trata sin duda de un enfermo. ¿Qué haré 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.

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 caben 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 inoralmente 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 ajustaría 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.

4.1.2 Deberes respectivos del médico y del 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 méiron 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 méiron 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.

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 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 deficiencia radique en sus cuerpos y condene a muerte a quienes tengan un alma naturalmente mala e incorregible». 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 gángster 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 efectiva 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 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.

6. Conflicto entre la apetencia de lucro máximo y la obligación de 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?

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.

7. 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.

4.1.3 Ética médica y religión

Sí 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 enfermo 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 *physis* (naturaleza) y *nomos* (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 fisiología el saber ético. ¿Habría en el *nomos*, entonces, algo constitutivamente trans-natural? Tal fue una de las aporías del radical naturalismo helénico.

4.2 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.

4.2.1 Socialidad de la relación médica

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. 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.

I. 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 entidades 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.

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.

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.

b. El sentimiento de la 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 Corneli University, los judíos y los alumnos de la Facultad de Economía son quienes más frecuentemente lo hacen.

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 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 en

tender 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° Este queda libre, mientras lo está, de las obligaciones sociales inherentes a los varios roles que en estado normal desempeñaba dentro del sistema.

2° No puede librarse por sí mismo de la enfermedad.

3° Está obligado a querer curarse.

4° Está asimismo obligado a solicitar ayuda médica y a cooperar, al servicio de su salud, con el médico que la presta.

b. 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.

4.2.2 La socialización de la asistencia médica

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. 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.

I. La rebelión del sujeto

En la «introducción del sujeto en la medicina» -la personalización del enfermo, en mi enumeración precedente- vio von Weizsacker el rasgo más característico 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 weizsáckeriano 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).

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 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

a. Actitud del enfermo y del medico

Ha cambiado, en primer término, la actitud del enfermo y del médico ante el hecho de su mutua relación.

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. Uñase 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, riesgo tanto mayor cuando las técnicas conciernen al tratamiento.

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.

4.3 LA CURACION: 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 consolar 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).

4.3.1 Esencia, modos y grados de curación

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».

I. 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 etapa -brevíssima 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.

b. La curación con defecto

Los escritos hipocráticos de contenido quirúrgico enseñaron a distinguir entre la «curación total» y la «curación suficiente». «Sanar suficientemente» (hygiáínein ikanós) 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 -los disciplinas a las que no han logrado sustituir los actuales tratados de Farmacología y de Semiología y Fisiopatología- consagraban al estudio de la curación.

4.3.2 El diagnóstico de la curación

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 inexpressos 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.

I. 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».

Trátese 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 la 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.

4.4 LA MUERTE DEL ENFERMO

Si la palabra «arte» es entendida según lo que fueron la ars de los romanos y la tékhne 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.

4.4.1 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.

I. 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 apopléctico. 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.

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», 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 preguntémos: 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.

1° 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° 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 *últimum moriens* la célula epitelial.»

3° 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 autólisis celulares, para terminar en el conjunto de los fenómenos que constituyen la putrefacción cadavérica?

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».

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 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.

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.

4.4.2 El médico 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.» Ciertamente. 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.

I. 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. 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; más 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.º 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 diré* del médico harán en cada caso que su respuesta sea humana y médicamente la adecuada.

3º 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.

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 Colieges 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 Róssle supo subrayarlo- si quien la práctica 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.

4.5 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 asclepiada que compuso el escrito hipocrático Sobre la medicina antigua, para el cual la tékhnè iatriké, en tanto que inventora de una dieta adecuada a la physis 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.

4.5.1 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 fenner, 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.

I. 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, 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.

4.5.2 La mejora de la naturaleza humana desde el germen

La genial concepción darwiniana del evolucionismo biológico quedó virtualmente concluida con el descubrimiento de las mutaciones espontáneas de la *Oenothera lamarckiana*; 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, sustancias químicas, temperatura, 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.

I. 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 genética

En los albores de nuestra década, este doble y fabuloso haz de metas a corto plazo se ofrecía a la ingeniería genética:

1° 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° 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.

4.5.3 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 nomines 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 nomines? 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 ia 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.

4.5.4 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.

Fuentes bibliográficas 4ta unidad.

- I. Laín Entralgo, P. (1984). Antropología médica para clínicos (3.^a ed.). Barcelona: Salvat. Revisado el 06 de agosto del 2025. Disponible en: <file:///C:/Users/valef/Downloads/Antropologia%20medica%20Pedro%20Lain.pdf>