

DEMETRIO BARCIA SALORIO

NECESIDAD DE UNA MEDICINA
ANTROPOLOGICA

DISCURSO LEIDO EN LA SOLEMNE APERTURA
DEL CURSO ACADEMICO 1979-1980

SECRETARIADO DE PUBLICACIONES
UNIVERSIDAD DE MURCIA
1979

DE MURCIA
Medicina
eca

T
2

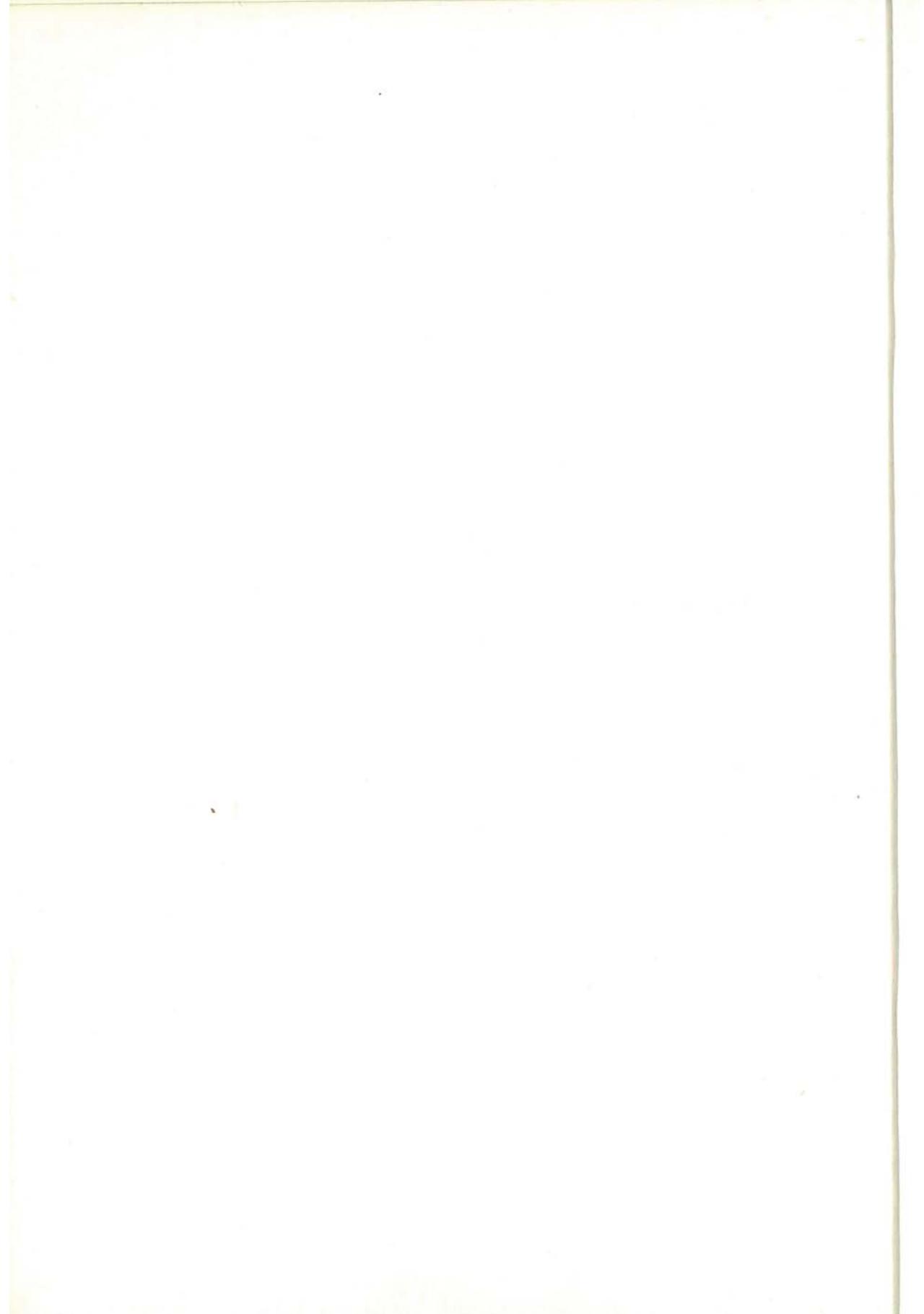
UNIVERSIDAD DE MURCIA
Facultad de Medicina
Biblioteca

DPT

2-2

46

NECESIDAD DE UNA MEDICINA ANTROPOLOGICA



DEMETRIO BARCIA SALORIO

NECESIDAD DE UNA MEDICINA
ANTROPOLOGICA

DISCURSO LEIDO EN LA SOLEMNE APERTURA
DEL CURSO ACADEMICO 1979-1980



SECRETARIADO DE PUBLICACIONES
UNIVERSIDAD DE MURCIA

1979

Univ. Murcia

319



1745517

64267

Excmo. y Magfco. Sr. Rector

Excmas. e Ilustrísimas Autoridades

Señoras y Señores Profesores

Señoras y Señores Alumnos

Señoras y Señores:

I PARTE

I.—INTRODUCCION

Cuando el Sr. Rector me recordó que como consecuencia del imperativo del Reglamento Universitario debía de ser yo quien pronunciara la Lección Inaugural del Curso 1979-80, mi primera preocupación fue encontrar un tema que en principio pudiera interesar a todos Vds.

Es decir, un tema que siendo Médico y pudiéndolo tratar desde mi peculiar perspectiva de especialista en Psiquiatría, no fuera un tema técnico de mi especialidad sino que, de alguna manera, tuviese relación con cualquier preocupación básica de todos los hombres.

Creo que el tema que he elegido, puede interesar a todos, porque la necesidad de una Medicina Antropológica surge de la reflexión sobre las actitudes básicas que históricamente y en el momento actual médicos y enfermos han tenido y tienen sobre los aspectos básicos de la Medicina.

Lo que yo he pretendido en este momento es analizar la Medicina con la intención de ver si transcurre dentro de los cauces adecuados, para que pueda afirmarse que no yerra en su vocación fundamental de ayuda al hombre enfermo.

Si bien el tema importa más directamente a los Médicos, el interés del mismo afecta a todos, en un doble sentido: porque todos real o potencialmente, somos clientes de la Medicina, y porque en gran manera las actitudes de los médicos dependen de las actitudes de la Sociedad y por lo tanto de las actitudes de todos nosotros.

Finalmente quisiera señalar que las líneas que siguen no tienen otra pretensión que la de una reflexión sobre los aspectos de la Medicina, sin que pretenda ser una teoría acabada de la misma.

Dos actitudes presiden mis consideraciones: Filosófica una; otra, de diálogo.

En lo que hace a la primera, bien sé, que no soy profesional de la Filosofía y que por lo tanto carezco de conocimientos y metodología adecuada, sin embargo, la actividad Universitaria y la actividad médica obligan a una actividad filosófica.

Heidegger en cierta ocasión señaló que en la medida que el hombre existe aparece la metafísica, y de igual manera puede decirse, sugiere Frankl (1) que en la medida que el médico practica aparece la metafísica. Es decir, al lado de los temas específicos de lo patológico, aparecen los problemas de la *Philosophia perennis* esto es el problema del hombre: relación cuerpo-álma, el problema del libre albedrío, etc.

En segundo lugar, pretendo que mi reflexión tenga una intención abierta en diálogo con Vds. García Morente (2) ha caracterizado en tres símbolos tomados del arte, tres actitudes del que piensa: la del vago ensueño (*Il Pensieroso*), la del buceo solitario y doloroso en la propia personalidad (*Le Penseur*, de Rodin) y la de la meditación en solidaridad y diálogo (*El Doncel de Sigüenza*) que medita ante un libro abierto.

Esta última actitud es la que yo pretendo ahora, sobre el libro abierto de la Medicina reflexionar sobre sus aspectos básicos, en muda solidaridad y diálogo con Vds.

Pero podemos ahora, preguntarnos sobre el porqué de esta reflexión que pretendo hacer; algo así, como su oportunidad o su necesidad.

Yo pienso que los temas fundamentales que de un modo básico afectan a la existencia del hombre, deben ser revisados sistemáticamente, bien, porque su transcendencia nos afecta a todos en cada momento, bien por-

(1) V. Frankl.—*El hombre incondicionado*. Plantin, Buenos Aires, 1955.

(2) Cfr. D. Barcia: "Psiquiatría y Humanismo". *Folia Neuropsiquiátrica*, 1968, 3/2, (1-17).

que ayudan a contestar problemas personales relativos a la particular situación histórico-biográfica en un momento dado.

En este sentido, la Medicina aborda temas básicos, tales como la enfermedad, el dolor, la muerte, etc. y por tanto su transcendencia e importancia justifica que un Médico, con ya muchos años de ejercicio, se detenga a reflexionar sobre ellos.

Pero es que, además, la Medicina en el momento actual, quizás de un modo más acuciante que en ningún otro momento de su historia, necesita de esta reflexión. Y esto por no menos de dos razones:

La primera, por cuanto los logros técnicos de la ciencia Médica, no sólo han alcanzado una eficacia sin parangón en su historia, sino que sitúan al hombre ante perspectivas inéditas. Piénsese entre otros, en problemas relativos al control de la natalidad, inseminación artificial, "fecundación" en el laboratorio, trasplantes de órganos básicos, como el corazón y riñón; modificación de la conducta por estimulaciones o lesiones en diferentes partes del cerebro. Esta eficacia técnica ¿no obliga a una reflexión, al menos, sobre la ética de estas conductas?

La segunda razón aludida, es que la Medicina, al menos en lo que se refiere a su organización asistencial esto es, en relación a su capacidad de ayudar a la gente en su enfermedad, sufre una profunda crisis en el momento actual.

Por todas partes, procedentes del campo profesional o no, surgen voces señalando defectos o proponiendo soluciones, con la intención, al menos así se dice, de conseguir una Medicina mejor.

Pero si estamos atentos a la situación actual, nos encontramos con un hecho paradójico; mientras la Medicina tiene logros técnicos cada vez más importantes, tales como los arriba mencionados, y los Gobiernos gastan más dinero, en realidad cifras fabulosas, para combatir la enfermedad, los enfermos, esto es, los beneficiarios de estos esfuerzos técnicos y económicos, muestran cada vez más su desacuerdo y descontento con la actual actividad Médica.

Quizás no sea necesario argumentar o traer datos en relación con estas últimas afirmaciones, pero sin otro fin que el de ejemplarizar lo dicho, señalaremos que, por ejemplo, y refiriéndonos únicamente a nuestro país, en 1973 el "costo de la salud" se valoró por las autoridades sanitarias en 96.000 millones de pesetas (3), y en contraposición a este esfuerzo económico, ese mismo año más del 41 % de la población investigada estaba insatisfecha con la asistencia médica en su conjunto y sólo el 28 % de los

(3) Cfr. *Investigación sobre la Asistencia farmacéutica en España*. Ministerio de Trabajo, I.N.P., Madrid, 1977.

pacientes estaban de acuerdo con la asistencia recibida en los costosísimos Hospitales actuales.

En el cuarto informe Foessa (4), se analiza la situación sanitaria en nuestro país, y parece claro que existe una tendencia a que los enfermos valoren negativamente la asistencia prestada por la S.S., en proporción cada vez mayor. Así, en 1966, el 33 % de los encuestados expresaron su disconformidad, cifra que alcanzó el 50% en 1969.

Podríamos referir más datos sobre esta situación, pero ellos son, creemos suficientes, para poner de manifiesto la paradoja antes señalada de que mientras el país gasta cada vez más dinero, personal y esfuerzos en la Asistencia Médica, los enfermos cada vez más expresan su disconformidad sobre esta asistencia.

Ante estos hechos podría concluirse que esta situación es peculiar de España, pero no propia de la Medicina, en cuanto a tal.

Efectivamente, mucho de cierto hay en la afirmación anterior, y hoy todos asistimos, como decía, a un movimiento generalizado que parece intentar una mejoría de la Medicina española.

Pero, este descontento por parte de los enfermos, no es peculiar de España, sino que en mayor o menor grado parece extenderse a todos los países incluídos aquellos, que como Suecia o EE. UU. por ejemplo, tienen la Medicina más desarrollada.

No, no es sólo la peculiar situación Sanitaria Mundial y Española, la que debe ser corregida, aunque esto último es obvio, sino que precisamente para conseguirlo, es necesario que algunos esquemas de la Medicina oficial sufran un profundo cambio en aspectos decisivos y conceptuales.

En este sentido, la Medicina podría llegar plenamente a ser Médica, si llega, por fin a concienciar que su organización y su técnica deben estar presididas por un esquema antropológico, definido claramente, esquema muy distinto del que ha dominado a la Medicina hasta hoy. Como afirma Whiterhorn, la calidad de la Medicina está en función de la imagen que el médico se hace del hombre (5). Cómo ha sido y como creemos que debe ser esta imagen del hombre es lo que, apretadamente, pretendemos analizar en las líneas que siguen.

(4) Cfr. Informe Sociológico sobre la situación social de España, 1970.

(5) Cfr. D. Barcia, op. cit. p. 4.

II.—EL ESQUEMA ANTROPOLOGICO TRADICIONAL DE LA MEDICINA

Que nosotros proclamemos que se precisa de una Medicina antropológica, quiere decir, que pensamos que la actividad médica, tanto en su aspecto científico como en su praxis, debe estar presidida por una formulación positiva sobre el hombre, que la oriente y controle en todos los aspectos (6).

Y esto no ha sido el caso a lo largo de la historia de la Medicina, ya que en general los esquemas antropológicos que la Medicina ha utilizado pocas veces han sido formulados positivamente. Este olvido ha tenido como consecuencia que en muchas ocasiones el Médico, sin darse cuenta, de hecho tuviera un esquema del hombre sumamente inadecuado.

De todas las antropologías posibles (7) en general la Medicina ha cultivado una antropología crasamente naturalista, reduciendo la realidad del hombre a su pura naturaleza y teniendo ceguera respecto al aspecto personal.

Esto ha sido debido, esencialmente, a que han dominado los esquemas científico-naturales en la Medicina moderna, es decir, la que surge a partir de Sydenham.

Señala O. Schwartz en su *Antropologische Medizin* (8), que la actividad médica, como toda actividad humana, se encuentra sometida a la acción antagonica de corrientes contrarias, que denomina Antinomias.

Este autor reduce las referidas Antinomias a cuatro: La antinomia entre vocación y profesión; la antinomia entre sacerdocio y carrera; la que surge de la propia ciencia Médica, que oscila entre el personalismo y la ciencia natural y, por último, la antinomia de la posición del Médico, que puede cambiar, del servicio del individuo al servicio de la colectividad.

(6) Es decir, hay que distinguir entre Medicina Antropológica y Antropología Médica. Esta última se refiere a los esquemas del hombre que de hecho ha sustentado y sustenta la Medicina, mientras que Medicina Antropológica es aquella medicina que "conscientemente" organiza su actividad en función de un determinado esquema del hombre.

(7) Las antropologías pueden ordenarse de diferentes maneras. J. Endres, en una excelente revisión del problema (véase "Antropología y moral", *Diccionario enciclopédico de teología moral*, sup. de la 3.^a edición, Ed. Paulinas, 1978), distingue antropologías naturales (empíricas y filosóficas) y teológicas. La antropología natural en su forma empírica o como ciencia de los hechos estudia al hombre en cuanto sus apariencias, mientras que la filosofía define al hombre en cuanto a su esencia.

Lo que interesa destacar es que no puede haber dicotomía entre las empíricas y filosóficas, creemos. La empírica debe estar supeditada a la filosófica, ya que el fenómeno observado sólo es posible si el investigador va a estudiarlo con un esquema previo.

(8) Cfr. O. Schwartz: *Antropologische Medizin*, Hirzel, Leipzig, 1929.

De todas estas antinomias, quiero destacar ahora, la tercera de ellas: la que existe entre el Personalismo y la Ciencia Natural.

El médico ha de vérselas no con problemas abstractos, sino con hombres concretos, pero debe abstraer para poder hacer de la Medicina una ciencia; no trata enfermedades, sino a enfermos concretos, pero debe describir *especies morbosas*.

Esta doble realidad obliga al médico a la formulación de una tesis antropológica y a una teoría científica, pero un análisis de la medicina (9) tanto en sus aspectos históricos como en su realidad actual, lo cual hoy parece extensible a los problemas humanos que afectan al hombre, algunos de los cuales han sido traspasados a la Medicina, en especial a la Psiquiatría, ponen de manifiesto que una de las causas del confusiónismo y crisis actual reside, precisamente, en la falta de una imagen del hombre; o mejor, podríamos decir, que la imagen del hombre que se deduce de las ideologías contemporáneas no ha sido capaz de producir una tesis que compagine adecuadamente las exigencias de la investigación científica, con una que abarque al hombre en su total peculiaridad, es decir, en su consideración como persona.

La Medicina, por tanto, se encuentra sometida a dos realidades, la de la ciencia y la realidad del hombre individual y, en general, ha mantenido en teoría un dualismo. En cuanto patólogo, el médico se ha ceñido a los esquemas de la ciencia-natural; en cuanto clínico, a una consideración personal del hombre. Sin embargo, en realidad ha alzaprimado el aspecto científico y los esquemas del hombre que de la actitud científico-natural se derivan han dominado y, como antes señalábamos, reducido al hombre a su contenido fisionatural.

Esto ha siro así, ya que a pesar de que el médico tenga en sus manos la vida de los hombres, y aunque en muchas ocasiones el médico apele a este hecho para deducir responsabilidades en ocasiones, y en otras ventajas para su profesión, y aunque el hombre ante la angustia de la muerte sea capaz de darlo todo, "*et cuncta quae habet homo dabit pro anima sua*" (y todo cuanto el hombre tiene lo daría gustoso por su vida), leemos en el Libro de Job (2-4), sin embargo, no es, como ha señalado Barcia Goyanes (10), por esta situación, por lo que el médico y la Medicina, han alcanzando el rango y consideración social actual; no lo ha sido por el *ars medendi*, sino, precisamente, por la *sciencia infirmitatis*, es decir, por haber conseguido un saber y teoría científica de la enfermedad, de la cual

(9) Algunos aspectos sobre los esquemas antropológicos que de hecho se han utilizado en Psiquiatría han sido analizados por mí en el trabajo citado, "Psiquiatría y humanismo".

(10) Cfr. J. J. Barcia Goyanes: "Las orientaciones actuales de la morfología". *Arch. Esp. Morf.* 1949, 21, 3-27.

cada vez está más orgulloso el médico y cada vez se siente más cómodo y con más derecho a estar junto a los demás científicos, cumpliéndose de este modo la vieja aspiración de Bichat de que los médicos ocupen un lugar en la *Academie des Savants*.

Que esto es y ha sido así, lo hemos de ver, aunque brevísimamente, a continuación, para más tarde preguntarnos por las consecuencias, para mí gravísimas, que tiene el que la Medicina sólo haya visto al hombre como *pura naturaleza*.

II.1.—Sydenham y Freud: *la posibilidad de una antropología personalista*.

Si exceptuamos el movimiento antropológico alemán de entreguerras, lo que viene llamándose *Medicina antropológica* que se inicia con Krehl y alcanza un desarrollo máximo con sus dos discípulos von Siebeck y von Waitzsäcker, y si exceptuamos también, el movimiento, más tardío, de la Psicoterapia de orientación antropológica que surge a partir del impacto de la Fenomenología de Husserl y el Existencialismo de Heidegger, en realidad no se ha establecido una teoría científica de la medicina en que de alguna manera tuviera un papel primordial la consideración del hombre como persona.

En dos momentos de la Historia, señala Laín Entralgo (11), pudo la Medicina ser Personalista, en el sentido antes señalado de que la consideración del hombre, como persona, creadora y libre, estuviera presente en sus aspectos conceptuales, rompiendo el dualismo arriba referido de establecer una teoría científica y una praxis médica casi totalmente independientes. Estos dos momentos son las obras de Sydenham y de Freud.

Sydenham, que inaugura la Medicina moderna, escribió una sorprendente frase: *Acutos dico, qui ut plurimum Deum habent autorem, sicut chronici ipsos nos*.

¿Qué quiso decir el médico inglés con que las enfermedades agudas proceden de Dios, pero las crónicas de nosotros? ¿Qué fue, pero qué pudo ser la Medicina, según la significación de la referida sentencia?

He aquí dos preguntas cuyas respuestas fueron claves para la evolución posterior de la Medicina. Digámoslo, de una vez. La Medicina *pudo* ser personalista, pero la genial intuición de Sydenham respecto a los enfermos crónicos no fue fecunda porque su intuición clínica quedó frustrada por su pensamiento patológico y se dejó llevar del puro materialismo. Si como clínico supo ver en el enfermar a *todo* el hombre, como patólogo sólo atendió a su naturaleza.

(11) Cfr. P. Laín Entralgo: *Introducción a la Patología Psicosomática*. Paz Montalvo, Madrid, 1950.

Lo que Sydenham quiso decir, traduciéndolo ahora en un lenguaje moderno, es que las enfermedades agudas, solamente son un trastorno del aspecto físico-natural del hombre, sin que en su etiopatogenia intervenga la peculiar personalidad del enfermo, mientras que precisamente esto último es lo que actúa cuando se encronizan las enfermedades.

Este aspecto personalista va a ir desapareciendo y el desarrollo posterior de la medicina será el desarrollo de tesis etiopatogénicas, que siguiendo a Laín Entralgo (12) podemos ordenar en tres mentalidades: anatomoclínica, fisiopatológica y etiológica, tesis que solamente consideran el aspecto fisionatural del hombre.

Si la consideración del hombre como persona desaparece de la indagación etiopatogénica de la Medicina, poco a poco también en sus aspectos prácticos el hombre como tal queda relegado ante la indagación médica.

El médico, lo hemos dicho, intenta que la Medicina se ciña a las exigencias de la Ciencia positiva. Objetividad y medida he ahí los dos aspectos esenciales. Siguiendo esto, el médico irá eliminando todo lo que de subjetivo y cualitativo hay en el hombre.

La persona, como tal, ya lo hemos dicho, va siendo eliminada. ¿Qué quedan entonces? El cuerpo, objetivo, físico y mensurable. El médico indagará la enfermedad según estos supuestos objetivos.

Claramente lo vemos en la evolución que la Anamnesis ha tenido. Poco a poco el médico diagnostica, no por la indagación verbal acerca de los sufrimientos del paciente. El médico diagnosticará a través del "signo físico". Este es objetivo y cuantificable. Sólo él es válido para el diagnóstico.

Y al enfermo, se le escucha cada vez menos, al punto que se le impone silencio. Sólo es válido lo que el médico con sus sentidos y ayudado con el desarrollo de una técnica cada vez más sofisticada es capaz de observar en el cuerpo humano.

Se produce así, el desarrollo espléndido de una "medicina visiva". Ver como el anatomopatólogo en la autopsia, como el cirujano en el quirófano: La intención del clínico, es, por medio de la exploración instrumental *ver* a través del signo físico, la lesión anatomopatológica o funcional que está en la base del enfermar.

Desde el estetoscopio de Laennec, hemos llegado a los RX y especialmente a la tomografía axial computarizada. Desde las gráficas de temperatura de Wunderlich a las complicadas exploraciones electrocar-

(12) Cfr. op. cit.

diológicas y electroencefalográficas. Desde las indagaciones de Pasteur a las técnicas ultramicroscópicas actuales.

El fundamento siempre es el mismo. Ver las alteraciones patológicas y junto a esto el hombre como tal ha ido desapareciendo de la consideración clínica. ¿Puede resultar, según esto, extraño que la Medicina haya desarrollado una tesis puramente naturalista del hombre?

Pero el hombre, difícilmente se deja atrapar por los esquemas que el propio hombre elabora para estudiarlo y, precisamente, por medio de la enfermedad más humana, la neurosis, se pone de manifiesto que los esquemas que la medicina científica ha elaborado son insuficientes.

Es cierto que en pleno siglo XIX y en el máximo esplendor del pensamiento anatomoclínico, Charcot, el gran maestro de la Salpêtrière, quiere reducir la "Gran neurosis", es decir, la Histeria a esos esquemas. Pero como hemos señalado, la enfermedad neurótica se resiste a ello y los estudios anatomopatológicos no dan los resultados apetecidos. A pesar de los esfuerzos los neuróticos son pacientes a los que no es posible demostrar la existencia de lesión alguna (13).

Ante estos hechos tres soluciones se imponían a la consideración médica:

1.—Resignarse ante los hechos y, manteniendo la mentalidad anatomoclínica, dar definiciones negativas del enfermar: La neurosis es, según esto, una enfermedad sin lesión; pero esto es lo mismo que aceptar la ignorancia sobre la misma.

2.—Elaborar doctrinas, que como la de Charcot intentan explicar la enfermedad con supuestos no demostrados: La neurosis es una enfermedad con una lesión funcional; pero esto no cumple los requisitos de la Ciencia.

3.—Realizar un planteamiento nuevo. Pero tal planteamiento exige una nueva metodología y un nuevo esquema sobre el enfermar del hombre (14).

Esto es lo que realizó Freud con la creación del Psicoanálisis; es decir, dio una solución positiva al problema de las neurosis.

Frente a la actitud "visiva" de los médicos, Freud postula una "auditiva". La histeria, "ex visu" de Charcot se transforma en histeria "ex auditu" con Freud, como ha destacado Laín Entralgo (15).

(13) A lo largo de estas líneas nos estamos refiriendo sistemáticamente a los esquemas anatomoclínicos. Estos son los más evidentes para nuestra tesis. La falta de tiempo nos impide un análisis adecuado para el pensamiento fisiopatológico y etiológico. Pero en esencia los planteamientos son análogos. Es decir, la Medicina ha tratado de elaborar una tesis puramente naturalista de la enfermedad.

(14) Sobre las vicisitudes del concepto de Neurosis consúltese J. M. López Piñero y J. M. Morales Meseguer, *Neurosis y Psicoterapia*. Espasa Calpe, Madrid, 1970.

(15) Cfr. P. Laín Entralgo, *La historia clínica*, C.S.I.C. Madrid, 1950.

Según esto, lo que el médico debe hacer es escuchar a los pacientes. Pero ¿Qué es lo que debe escuchar? La palabra humana, el relato del paciente.

¡Qué alejados nos encontramos ahora de lo que Laennec intentaba oír! Siguiendo con el pensamiento anatomoclínico que tomamos como modelo para nuestras reflexiones, la intención de la escuela francesa de Bichat era muy otra (16).

Hasta Corvisart la enfermedad era diagnosticada según la versión que sobre sí mismo daba el enfermo, es decir, atendiendo a los síntomas subjetivos del enfermar.

Pero los médicos habían advertido que estos síntomas podían ser engañosos: Bien, porque el paciente no tuviera suficiente capacidad discriminativa para diferenciar y valorar adecuadamente sus quejas, bien, porque deliberadamente pudiera deformarlos.

¿Qué debía, pues, escuchar el médico? Laín Entralgo señala que de tres modos pueden ordenarse los elementos sonoros del hombre:

1. Ruidos físicos: lo que el cuerpo del hombre puede producir en estado normal o patológico.
2. Quejas biológicas: es decir, ruidos que, como el llanto o la risa, expresan modificaciones.
3. La palabra: mediante la cual el enfermo expresa y comunica lo que como persona siente y piensa.

Sólo a los dos primeros tipos de ruidos podía atender Corvisart; sólo ellos podían ser objetivos, claros y distintos; sólo ellos en fin, se conducen con independencia de la voluntad del hombre.

Por esta razón la percusión y la auscultación son válidas y en manos de Laennec alcanzan su máximo desarrollo y adquieren el talante científico de signo objetivo. En ir distinguiendo y diferenciando estos ruidos es el desarrollo posterior de buena parte de la medicina (17).

Por esto, ya lo hemos dicho, el médico impone silencio al paciente, y por eso lo que él tiene de persona, desaparece en la indagación clínica.

Con Freud cambia bruscamente la cuestión, la palabra, y con ella el hombre, irrumpen de nuevo en la clínica médica.

Lo que Freud propone, de nuevo, es oír a los pacientes, pero, repetimos, no oír solamente los ruidos físicos: los latidos del corazón, movimiento de los pulmones, sino precisamente lo que el enfermo cuenta. Se am-

(16) En esto seguimos fielmente a Laín Entralgo, cfr. *La Historia clínica*, en la introducción del pensamiento anatomoclínico.

(17) Repetimos que sólo hemos referido el pensamiento anatomoclínico. Pero en esencia para nuestra intención de ahora, lo que de él decimos sirve para los otros dos: fisiopatológico y etiológico.

plía así el ámbito de la anamnesis y, por medio de la palabra, el médico penetra en la intimidad del enfermo.

Pero, ¿qué relato del paciente debe de escuchar el médico? No sólo la interpretación del síntoma que el enfermo hace, sino:

1. El relato de la vida, para poder analizar la evolución y desarrollo vital del enfermo.
2. El relato de la niñez y las primeras experiencias de la vida, para poder encontrar la causa del enfermar.

Doscientos años después de Sydenham, el enfermo vuelve a aparecer como hombre enfermo. Todo parece indicar que, frente a la solución de Sydenham, por fin el hombre penetrará definitivamente en la consideración etiopatogénica, pero fatalmente, como entonces, Freud, orgulloso del esquema científico-mecanicista de la época, si bien tuvo la oportunidad de elaborar una patología específicamente humana, elaboró solamente una patología física.

Porque *fisis*, no se opone a Psíquico, sino que lo engloba. *Fisis* es naturaleza y, en ella, en la naturaleza del hombre hay cuerpo y hay psique.

Es cierto que Freud modifica esquemas de la Medicina y ofrece técnicas terapéuticas nuevas. Con Freud la noción de enfermedad se amplía considerablemente, pues frente a la pura consideración corporal del enfermar, introduce una categoría nueva, la psíquica. Pero con ello todavía no se alcanza al hombre entero, que además es espiritual, es decir, creador y libre. *Fisis* —es decir, corporal y psíquico— se opone a espiritual o personal y esa dimensión no pudo o no supo ser valorada adecuadamente por Freud.

Con la introducción de la psique, Freud no sólo da una explicación nueva para las neurosis, establece además una nueva noción etiopatogénica, la psicogenia, que no solamente enriquece la Psiquiatría, sino a toda la Medicina y a partir de ella surge lo que llamamos Medicina Psicosomática.

Muchos médicos empiezan a reconocer que una serie de enfermedades corporales, como la úlcera de estómago, el asma, la hipertensión, etc., en definitiva no pueden ser explicadas si de alguna manera no se introduce el factor psicógeno en su etiopatogenia. La alteración corporal es vista ahora como expresión de una alteración psíquica, de un conflicto emocional.

Según esto, el signo físico es visto ahora de otro modo. Hasta Freud el signo físico era un puro correlato, algo que refiere a una lesión, pero que nada dice de la misma. Cuando por ejemplo, un enfermo no puede tragar,

este hecho, la disfagia, sólo le indica al médico que algo en el esófago del paciente hay alterado.

Pero con Freud, el signo clínico no es puro correlato. Tiene significación en sí mismo, es lenguaje. El paciente, por medio de su disfagia, quiere decir algo: algo, alguna situación o persona, no puede "ser tragada" por el paciente.

Y Freud enseña a ir entendiendo este lenguaje de los enfermos, el verbal y el corporal. Pero, en realidad, ¿qué quiere escuchar e interpretar Freud?

De los dos componentes que tienen la anamnesis de Freud, que arriba hemos señalado: el relato de la vida y el relato específico de la niñez, Freud intenta oír la vida, para solamente analizar la evolución de la vida instintiva, la libido; intenta oír el relato de niñez, para establecer una causación según el modelo mecanicista.

Por ello, el hombre que estuvo a punto de entrar plenamente en la consideración Médica, es rechazado de nuevo. No es como un hombre entero, como un Yo, como Freud ve al enfermo. Este es de nuevo, aunque con una amplitud mucho mayor, visto como un *Objeto*. Otra vez hay ceguera para la intimidad personal del paciente.

II.2.—Solamente, y muy tardíamente, la consideración del hombre como tal, ocupó una real consideración en la Medicina. Ya lo hemos dicho.

Fue a partir de la primera Guerra Mundial, cuando Krehl, Catedrático de Patología Médica de la Universidad de Heidelberg y el patólogo más importante de Europa en ese momento se dio cuenta de que la técnica médica era insuficiente para comprender al enfermo y, lo que era más grave, para ayudarlo.

Formado en el pensamiento psicopatológico alemán, en la primera edición de su tratado clásico *Pathologische Physiologie* confiesa su adscripción a la Medicina Científica natural, pero ante el espectáculo masivo del dolor del hombre empieza a advertir que su medicina es insuficiente, y así años más tarde de la publicación de su tratado antes citado, escribirá:

"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... tuve que descubrir con dolor que tal exposición no es posible... Ha podido verse, en efecto, que sólo en una parte de los casos concuerda el modo de pensar que nos orienta

a los médicos en la dirección de un tratamiento con el que usamos al hacer fisiología patológica. Con otras palabras: sólo un número relativamente escaso de enfermos y siempre en una parte de sus trastornos, son tratados conforme a nuestro conocimiento biológico de los procesos naturales; esto es, según una consecuencia necesaria de las consideraciones formuladas por la fisiología patológica... 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" (18).

La medicina biológica no es, por tanto, suficiente, pero frente al posible desánimo del fracaso de la mitad de su vida, Krehl adopta una solución nueva. En primer lugar no renuncia a la Medicina científica, y así en una famosa lección *Krankheitsform und Persönlichkeit* que pronunció en 1928, dijo: "Nos apoyamos todavía sobre el suelo que dieron a nuestros pies: la *ciencia natural* como uno de los fundamentos de la Medicina" (19). Pero Krehl, sin embargo, es consciente de lo insuficiente de estos planteamientos e intentando colaborar con sus fuerzas a una medicina mejor, piensa que el único modo de hacerlo es proponer, como afirma poco después en la misma lección, "*el ingreso de la personalidad del enfermo en el quehacer del médico, como objeto de investigación y estimación*" Es decir, en la reinstauración de las *ciencias del espíritu* y de las relaciones de la vida entera como *el otro* de los fundamentos de la Medicina, y en igualdad de derechos con la ciencia natural" (20).

Otra vez se intenta rescatar al hombre, pero esta vez sí va a penetrar el Hombre entero. Krehl empieza a advertir que lo decisivo es la relación médico-enfermo, pero no la relación de un hombre, el médico, con un objeto, el cuerpo del enfermo, sino la relación de dos personas, y propone una Medicina que desarrollarán espléndidamente sus dos discípulos que ocuparán la Cátedra de Patología Médica de Heidelberg: V. Siebeck y V. Weitzsäcker.

Junto a este movimiento, como antes hemos dicho, otro movimiento psicoterapéutico ha intentado frente al trato del hombre como un objeto que se deduce del psicoanálisis, tratar al hombre como tal hombre. Este movimiento, es el de la Psicoterapia de orientación antropológica que no tiene otra pretensión que partir del encuentro con el hombre. El hombre corriente que quería Unamuno, "el hombre de carne

(18) Tomado de *La Historia clínica* de Lain Entralgo, op. cit. pág. 619.

(19) *Ibid.* loc. cit. pág. 622.

(20) *Ibid.* loc. cit. pág. 622.

y hueso, el que nace, sufre y muere... el que come y bebe y juega y duerme y piensa y quiere; el hombre que se ve y a quien se oye, el hermano, el verdadero hermano" (21).

Y estos encuentros médico-enfermo, que proponen los dos movimientos antropológicos referidos, establecen en el *diálogo* el método por excelencia ¡Otra vez, aparecen los sonidos en primer término! Pero ya no importan tanto los ruidos físicos, con los que Corvisart y Laennec habían elaborado la Clínica médica como una ciencia. Tampoco los sonidos verbales, con los que Freud analizaba al hombre. Ahora interesan las palabras, pero justamente para penetrar en la intimidad, pero no en la intimidad de un aparato psíquico como quería Freud, sino en la intimidad de una persona, lo cual sólo es posible si el médico considera al enfermo como persona, pero se deja el mismo ver como tal a la consideración del paciente. Relación, pues, interpersonal, de Yo-Tu. La medicina será, pues, plenamente antropológica, si se basa en la relación médico-enfermo, una relación en que plenamente se produzca, un "encuentro y un diálogo" según la expresión feliz con que Minkowski ha caracterizado a la Psicoterapia.

II. 3.—Pero a pesar de estos planteamientos y a pesar de los esfuerzos realizados, la influencia real ha sido muy escasa. Creo que nula respecto a la Medicina General, y casi nula en la Psiquiatría.

Por esto, en el momento actual los esquemas antropológicos siguen siendo crasamente naturalistas. Antes de analizar las razones de este fracaso y las consecuencias del mismo, veamos brevemente cuál es el esquema antropológico de la Medicina actual.

Una de las situaciones actuales de nuestra cultura de hoy, según V. Bertalanffy (22), es precisamente no haber podido encontrar una imagen del hombre válida, ya lo hemos dicho, que conjugue todas las cuestiones planteadas a la Humanidad actual. La medicina y psiquiatría no pueden estar ajenas a esta situación.

En realidad no es que no existan imágenes del hombre ni ideas fundamentales. Lo que sí ocurre es que estamos asistiendo a una "revolución cultural", lo que quiere decir que los "paradigmas" de la ciencia clásica, en el sentido de Kuhn se han vuelto inadecuados, especialmente para las ciencias del hombre.

Sin embargo, los esquemas actuales, al menos los utilizamos en psiquiatría, en su esencia poco difieren de los que hemos venido comentan-

(21) Cfr. M. de Unamuno: *La dignidad humana*.

(22) Cfr. L. von Bertalanffy: "System, Symbol and the image of man", en the *Interface between Psychiatry and Anthropology*, ed. I. Galdston, Brunner/Madoz Pb, New York, 1971.

do, es decir, siguen analizando al hombre sin las consideraciones específicas esto es, como persona.

Según V. Bertalanffy, los "paradigmas" actuales utilizados en Medicina pueden ser reducidos a dos esquemas básicos: la imagen "Zoomórfica" y la consideración del hombre como un robot.

La imagen zoomórfica, quiere decir, que no se reconoce en el hombre ninguna característica esencialmente distinta a los animales. El hombre aparece en el ápice de la escala zoológica, pero como un animal más.

En las últimas décadas el zoomorfismo ha sido formulado de modo diverso, fundamentalmente de tres maneras:

1. El modo psicoanalítico, que reduce al hombre a sus pautas instintivas que ya hemos referido.

2. La visión conductista, en la que como en el animal el hombre actúa sólo como respuesta fatal a unos estímulos. Koestler (1964), llamó a la imagen del hombre que se deduce del conductismo, "imagen ratomórfica", por ser la rata el animal más estudiado.

En este sentido es sumamente revelador el libro de Skinner, uno de los grandes del conductismo actual (23), titulado *Más allá de la libertad y de la dignidad*, en la que pretende explicar la Cultura humana, como una consecuencia de pautas de "castigo y recompensa", elaboradas desde sus impresionantes estudios ¡con palomas!

3. Finalmente, la imagen más moderna, procede de los estudios de los etólogos.

Aunque, el fundador de esta ciencia, K. Lorenz, había insistido en que el hombre era distinto y único, y su cultura otra cosa que el ambiente animal, esto fue olvidado y se identificó al hombre con los animales.

Que el hombre puede conducirse como una bestia no es dudoso, lo que no quiere decir que el hombre deba ser analizado como tal, sin otras esencias.

El esquema Robot del hombre, trata de considerar el organismo psico-biológico esencialmente como una máquina, y ve la conducta como respuesta a determinados estímulos y la presión de factores tales como equilibrio, reajuste, etc.

En realidad, el esquema Robot se diferencia poco del anterior, y no porque los animales sean robots, sino porque también ellos, en general, han sido reducidos a un mecanismo.

Los autores han advertido que el funcionamiento del robot puede

(23) Cfr. B. F. Skinner: *Más allá de la libertad y de la dignidad*. Ed. Fontanella, Barcelona, 1972.

“explicar” el funcionamiento del cerebro, y fatalmente, han generalizado, pensado, que ambos, robot y cerebro, son lo mismo.

Este modelo, puede ser sumamente útil para explicar ciertos aspectos normales y patológicos. Así, Pribram (24), lo utilizó para el análisis de la Emoción, y Riesman (25) para explicar conductas de la *masa media*, en especial en relación con la propaganda y la sociedad comercial.

Aunque desde el punto de vista científico, estas imágenes actuales que hemos comentado superan a las tradicionales, como antes señalábamos, en esencia son idénticas: el hombre es reducido a la pura naturaleza y es explicado en términos biológicos y mecanicistas.

Sin embargo, un análisis cercano del hombre, nos muestra lo insuficiente de ambas imágenes referidas: La zoomórfica, porque no puede captar la “actividad simbólica del hombre” y la Robot porque no puede comprender al hombre como un todo, es decir, como un “sistema holístico y activo”.

III.—NECESIDAD DE INTEGRACION DE UNA ANTROPOLOGIA PERSONALISTA EN LA TEORIA CIENTIFICA DEL ENFERMAR.

Aunque todavía no hemos postulado ninguna forma de Antropología, lo cual será expuesto más adelante, parece claro, que mantengamos que si la Medicina no parte de la consideración del hombre como persona, es decir, si no establece una antropología personalista, no podrá ser plenamente médica.

En efecto, como advierte Von Gebattel (26), “el médico en cuanto hombre de ciencia no se diferencia del veterinario o el biólogo, aunque el hombre tenga lenguaje y las plantas y los animales no”, y de este modo las preguntas fundamentales de la vida: La enfermedad, el dolor y la muerte no encuentran respuesta en la medicina y, me apresuro a señalar, que en gran manera el descontento que antes hemos señalado en parte se debe a este proceso, y como consecuencia muchas conductas y actividades médicas carecen de sentido, son absurdas y fuente de iatrogenia.

Pero antes de analizar estas cuestiones que creemos básicas, debemos preguntarnos ¿por qué no ha entrado plenamente en Medicina una antropología?

(24) Cfr. K. H. Pribram y F. T. Melges: “Psychophysiological basis of cuestion”, en *Handbook of clinical Neurology* ed P. J. Vinken and G. W. Bruyn, vol. 3 North Holland Pb. Co., 1969.

(25) Cfr. von Bertalanffy op. cit.

(26) Cfr. von Gebattel: *Antropología médica*, Rialp, Madrid, 1966.

Parece sorprendente que siendo el hombre el objeto de la Medicina, ésta lo ha rechazado y mantenido alejado, considerándolo sólo cuerpo físico. Esto fue debido, lo hemos dicho, a que ha mantenido un dualismo con dos partes irreconciliables: la medicina como ciencia y la medicina como actividad médica.

Sólo en esta última el hombre como tal ha sido reconocido por muchos médicos, pero, ya lo hemos señalado, por el intento de ajustar la medicina a los postulados de la ciencia positiva, ésta ha dominado claramente la situación y la antropología que de ella se deriva, la naturalista, ha terminado siempre por imponerse.

¿Qué solución hay, si es que existe, para poner fin a esta situación?

En primer lugar se precisa reconocer que la Ciencia positiva no se excluye con otras formas de conocimiento científico. Debe empezar a entenderse, que la ciencia positiva no es la única forma legal de conocimiento científico, y que en realidad *Scientia* como *Wissenschaft*, significan conocimiento.

III. 1.—Comprender y explicar.

Es conocido que Dilthey, había propuesto: "Explicuemos la naturaleza pero comprendamos la mente". Esta distinción que ha servido para caracterizar la metodología de las ciencias, al separarlas en ciencias de la cultura y ciencias de la naturaleza, ha dado lugar a que en algunas, como la Medicina, que pertenecen a ambos grupos, se acentuase el dualismo que venimos repitiendo.

Yo, claro está, no puedo ahora detenerme en consideraciones sobre este profundo problema, análisis que por otro lado he realizado en otro lugar (27). Lo que yo quiero hacer notar ahora es que comprensión y explicación si bien son conceptos distintos no son excluyentes.

Lo que ha ocurrido es que las ciencias biológicas, y en especial la Medicina, se han movido con esquemas mecanicistas, tomados de la física y erróneamente, han postulado que la única noción válida es la de la causalidad (28).

Contra esto, hemos de señalar, que por lo pronto la noción de finalidad es tan legal como la de causalidad, y de hecho desde Driesch, empieza, para la biología a admitirse como criterio científico. Esta noción de fina-

(27) Cfr. D. Barcia: "La antropología médica en la obra de Barcia Goyanes", *Med. Esp.* 1974, 71, (41-50).

(28) Sobre estas cuestiones consúltese J. J. Barcia Goyanes: "Las raíces filosóficas de la medicina". *Med. Esp.* 1939, 338, 337, 346 y "Orientaciones actuales de la Morfología", op. cit.

lidad se ha introducido también en Medicina, en especial en Psiquiatría a través de la obra de Adler.

La introducción de este concepto finalista, facilita, claro está, en principio, aunar explicación teleológica, de tipo aristotélico, con comprensión, pero no resuelve totalmente la cuestión.

Nosotros postulamos que se debe, en las ciencias del hombre, partir de la Comprensión para luego elaborar las tesis explicativas que interesan en el campo concreto de la investigación científica.

Aunque no deja de ser una osadía, corregimos la fórmula de Dilthey diciendo: "Expliquemos la naturaleza, pero comprendamos al hombre", y esto es así, porque el hombre sólo puede ser comprendido, pero la mente, en cambio, puede ser explicada.

Antes de cualquier otra reflexión, el hombre debe ser comprendido. Si así lo hubieran entendido los médicos, seguramente la Medicina hubiera ido por otros caminos, y hubiera advertido que el hombre sólo puede ser entendido dentro del mundo de los valores, es decir, dándole un sentido.

III. 2. *Necesidad de un profundo cambio en las actitudes médicas.*

Pero antes de desarrollar conceptualmente algunas cuestiones relativas a la Comprensión y Explicación, nos parece oportuno destacar que creemos que la Medicina no cambiará de rumbo si no se produce una profunda transformación, lo cual, ciertamente, no parece probable.

Parece lógico pensar, que los médicos reconozcan al hombre como persona, entiendan la distancia que hay entre el hombre y los animales, comprendan, en fin, que sufrimiento humano y la muerte del hombre son otra cosa que el fin de un animal o planta.

Si esto es así, ¿cómo es posible que durante siglos la Medicina sólo pudiera establecer tesis naturalistas? No es mi competencia e intención, contestar a esto, aunque en las líneas que antecede en parte se ha contestado. Lo que yo quiero señalar es que establecida la teoría de la Medicina después de una lenta y dolorosa progresión de siglos, alcanzando la Medicina y los médicos un alto rango social, las tesis personalistas no pueden entrar en la Medicina, porque el médico puede entenderlas, pero no sabrá qué hacer con ellas, si como antes decíamos, no se produce en el seno mismo de la Medicina una profunda transformación.

Para poder entender esto podemos recurrir a la tesis de C. Marx, co-

nocida en sociología como "Zugerechter Bewusstsein", es decir, "conciencia posible", y que han desarrollado los sociólogos marxistas (29).

La tesis sustentada consiste en establecer que una información cualquiera sólo puede ser recibida en la medida que un grupo cambia en sus estructuras fundamentales. Por ello el problema consiste no sólo en saber lo que piensa un grupo, sino cuáles son los cambios susceptibles de producirse en su conciencia sin que haya ninguna modificación en la naturaleza del grupo.

Goldmann (30) distingue cuatro planos en el campo de la comunicación:

1. En primer lugar: una información no pasa por falta de información anterior. En este sentido los médicos no podrán aceptar tesis antropológicas si le son desconocidas, lo cual no parece ser el caso, pues al menos en la Medicina contemporánea se han establecido claramente.

2. El segundo plano se refiere a la estructura psíquica de cada individuo. Esta es una situación típicamente freudiana y que está en la base de toda psicoterapia.

Aquí, para que la información pueda pasar es necesario un cambio puramente psicológico, sin que afecte, claro está, a las circunstancias sociales.

Individualmente, esto es posible. Pensemos en Krehl, por ejemplo, cómo sin renunciar a la Medicina naturalista y su posición de Ordinario de Heidelberg, pudo establecer una Medicina personalista.

3. El tercer plano, ya sociológico, se debe a que la resistencia al paso de la información es debida a las características de la conciencia real del grupo, como consecuencia de circunstancias y acontecimientos anteriores.

Goldmann ejemplariza esto así: "Podemos imaginarnos, escribe (31), que investigadores pertenecientes a una escuela científica, atendidos a una tesis que defendieron se negaran a conocer tal o cual teoría nueva que pondría en duda todos sus trabajos anteriores". Evidentemente esto sería un motivo de rechazo y con frecuencia asistimos a muchas disputas de escuelas que sin duda tienen este origen. Sin embargo, esta situación aún no es fundamental. El referido grupo de investigadores podría seguir existiendo como tal grupo, aceptando la limitación de su tesis e intentando una integración de la teoría nueva.

(29) Sobre esto puede consultarse, L. Goldmann, "La conciencia posible y la información", en *El concepto de información en la ciencia contemporánea*. Siglo XXI, México, 1966.

Sobre su aplicación en Medicina, D. Barcia y cols. "La comunicación en los psiquiatras, médicos generales y otros especialistas de las ciencias humanas, en *4.º Congresso dell'Associazione Mediterranea di Psichiatria*, Sorrento, Ottobre 1972.

(30) L. Goldman, loc. cit.

(31) L. Goldman, loc. cit. pág. 34.

4. El último plano es fundamental. Es el caso en que para admitir la información el grupo debe desaparecer o transformarse hasta el punto de perder sus características sociales esenciales.

Yo pienso que, a la altura actual del desarrollo técnico, significación social y organización asistencial, esta última característica es la que impedirá el paso de la información de las tesis antropológicas personalistas a la medicina oficial.

¿Qué sería de la Medicina y los médicos, si llegaran a aceptar que no sólo muchas de sus técnicas no son suficientes sino además perjudiciales? ¿Qué sería de la Medicina si concienciara que debe producirse un cambio radical en su organización, al punto que el médico pudiera estar con el paciente horas enteras, para poder penetrar en su biografía y aceptarlo como un amigo? ¿Qué sería de la Medicina y los médicos, si se aceptara, siguiendo algunas de las propuestas actuales, que ellos no están capacitados para dirigir los tratamientos y sí solamente actuar como unos colaboradores?

Si mis consideraciones son certeras, en el sentido de que la Medicina debe basarse en una Antropología Médica lo que supone un cambio radical, conceptual y asistencial, mi pesimismo antes señalado parece razonable, en el sentido de que es sumamente dudoso que la Medicina experimenta un cambio tan profundo.

Sin embargo, entiendo que, al menos individualmente, o en grupos pequeños esto sería posible, si a los cuatro niveles de Goldmann añadimos otro, cual es la necesidad de que la nueva información pueda "integrarse", es decir, que sea útil, que sirva para algo.

El cuarto nivel de Goldmann solamente se presenta cuando la información recibida es de tal índole que el grupo debe desaparecer. Pero puede suceder que aunque altamente modificado, aspectos básicos no sólo deben permanecer sino que son necesarios.

Yo pienso que la Antropología personalista puede ser asumida por la Medicina si se produce un doble encuentro. Si la Medicina acepta que su tarea es ayudar al Hombre enfermo como tal hombre, pero que para ser fiel a su vocación científica, no debe renunciar a la Ciencia (sería en caso contrario una especie de curanderismo) sino que debe elaborar tesis que no deformen la esencia del hombre.

Pero a su vez, la Antropología personalista debe ser de tal modo que sea posible integrarla dentro de la Medicina y por tanto estructurada con tesis físico-naturales. No toda antropología personalista puede encajar bien con los saberes médicos, ni es capaz de responder a las preguntas fundamentales.

Repetimos, sólo si la nueva información es asimilada por el grupo receptor, sin que tal grupo pierda sus valores fundamentales, es como es posible que tal información sea eficaz, lo cual puede observarse claramente en la Psicoterapia de orientación antropológica.

¿Por qué pudo establecerse? Porque los psiquiatras creadores de este movimiento casi todos ellos pertenecientes al Psicoanálisis, como Binswanger, o a la psicología individual, como Frankl no renunciaron a estas orientaciones, pero las enriquecieron.

Por esta razón, la psicoterapia de orientación antropológica ha sido el único conocimiento médico que pudo desarrollar una antropología personalista.

En efecto, respetaron y se basaron en los aspectos fundamentales de la psicoterapia profunda tanto metodológica como conceptualmente.

A mi modo de ver, las tres grandes aportaciones de Freud han sido: La amplitud que dio a la anamnesis, la importancia del inconsciente y el desarrollo de la noción de transferencia como elemento básico de la acción curativa.

En lo que hace a la primera, que ha sido magistralmente analizada por Laín Entralgo (32), para nuestro propósito actual y entre las muchas modificaciones, una es fundamental, la introducción de la biografía en el relato patográfico.

Pero mientras, la biografía de Freud es el análisis de las vicisitudes puramente instintivas, y basado siempre en una interpretación mecanicista de la vida, la biografía de la Medicina antropológica es el relato de la vida total de un hombre.

A pesar del descubrimiento fundamental de Freud de la historia individual, a causa de su cientificismo, es decir, su tesis mecanicista y su cerrada noción de causalidad, sólo le permitió ver la naturaleza del hombre y, por tanto, su historia como un "acaecimiento" y la obligación, al perseguir la causalidad, de ir cada vez más atrás "hasta el trauma del nacimiento" y hasta, en sus sucesores, la experiencia prenatal; y como dice Allers (33), la experiencia posterior, aún la de los primeros años, no cuenta, de ahí que el hombre es prisionero del pasado y que exista ceguera para todo lo creador y para la prevención en el futuro.

Justamente esto, lo ha corregido la Psicoterapia de orientación antropológica. En vez de "acaecimiento", la historia de una persona se compone de "experiencias", la cual está formada no sólo de vicisitudes de su natu-

(32) Cfr. P. Laín Entralgo, *La historia clínica*, op. cit.

(33) R. Allers: *"Existencialismo y psiquiatría"* Troquel, Buenos Aires, 1963.

raleza, sino de la situación total. Experiencia que anclada en el pasado, proyecta y da significación al futuro.

Analizar el futuro y dotar de sentido la vida del hombre, en definitiva, analizar la vocación, he ahí la finalidad última de la Psicoterapia antropológica. Muy claramente lo han expresado y analizado mis maestros, cuyas obras he estudiado en diferentes momentos (34).

En 1929, Barcia Goyanes, ponía en primer plano la necesidad durante la psicoterapia de "poner en claro la finalidad del síntoma en relación con la biografía del paciente"; Alberca, destacaba la importancia de la alteración de la temporalización y enseñaba que la misión del psicoterapeuta era limpiar al enfermo "de las peripecias que descarrían o amenazan descarrar de su destino", y, profundizando esto último, Valenciano, propone una psicoterapia basada en la tesis de Ortega y Gasset de la "razón vital" en la que debe analizarse el "proyecto vital" que no ha sabido realizar el neurótico", y, finalmente, Laín Entralgo, en su libro *La espera y la esperanza* (35), después de analizar los diferentes modos de espera: la espera *inane*, la espera *circunspectiva*, y la espera *auténtica o radical* pone de manifiesto que sólo el que sabe enfrentarse con los problemas de la vida, el fracaso y la muerte, es como puede vivir auténticamente,

Por lo tanto, como decíamos, y repetimos ahora, *analizar el proyecto, la vocación, he ahí la finalidad de la psicoterapia*. No se trata, pues, de rechazar el análisis causal y del instinto; se trata de analizar también, el sentido de la vida. Muy bellamente lo ha expresado Alberca: "En los enfermos, unas veces el fallo es, ciertamente, el instinto; pero otras, de su dimensión espacial o temporal, pues la espacialidad hasta los otros, la temporalización hacia el futuro y la eternidad no son cosas advenedizas a nuestro ser" (36).

La segunda corrección a Freud, señalábamos, era la amplitud y significado que había dado al *inconsciente*.

Freud, como heredero de los pensadores románticos alemanes, reconoce en lo irracional un elemento concreto de la realidad del hombre, pero cree

(34) Cfr. D. Barcia: "La obra psiquiátrica de Alberca", en *Libro Homenaje al Prof. Alberca*, Murcia, 1967.

D. Barcia: "La antropología médica en la Obra de Barcia Goyanes". *Med. Esp.* op. cit.

D. Barcia: "La teoría antropológica en la obra de Luis Valenciano". *Murcia*, 1976, II.

D. Barcia: "La significación de la antropología médica de Laín Entralgo para la Psiquiatría actual". V. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, Madrid, 1977.

(35) Cfr. P. Laín Entralgo, *La espera y la esperanza*, Revista de Occidente, Madrid, 1957.

(36) R. Alberca: "El tiempo y el espacio en Ortega". *Rev. Psic. Gen. Apl.* 1959, 14, 41-73, pág. 72.

también que las fuerzas irracionales del Inconsciente, la libido, puede en definitiva ser sometida a control y encauzada a fines compatibles con el bienestar y la vida social.

Por lo tanto, aunque Freud vio bien la importancia que lo irracional tiene para la vida del hombre, en última instancia cree en el poder de la razón, pero entendiendo por ella, como aquella actividad intelectual que culmina en la ciencia, es decir, en la *explicación* que se opone a la *comprensión*, según la vieja distinción de Dilthey, que antes comentamos.

El Inconsciente debe, pues, ser sometido a control; la razón debe dominar, para llegar a un acuerdo estable y tolerante del individuo con la Sociedad. También los antropólogos destacan el inconsciente y motivos emocionales pero en ellos ven precisamente la razón de la existencia. Es lo profundo del hombre, esencialmente, lo que debe quedar libre y actuar, porque no sólo es inconsciente la libido, sino lo Espiritual, y la autenticidad de la vida está, no precisamente en la adaptación a la Sociedad, sino que consiste en el desarrollo pleno del sentido de la relación Yo-Tu, que alcanza su plenitud en el Amor.

La relación Yo-Tu, he ahí lo que destaca la psicoterapia de orientación antropológica. También aquí la *transferencia*, el tercer elemento señalado, está en primer término. Pero aquí no consiste, como en el Psicoanálisis, o no consiste tan sólo, que el paciente "proyecte" en el terapeuta sus conflictos instintivos, se trata aquí de conseguir, un *encuentro* interpersonal, que el enfermo experimente la distancia entre lo que es y lo que debe ser, que acepte plenamente su "ser con", "ser en relación" con el prójimo, con sí mismo, con lo transcendente.

La relación Yo-Tu, como decimos, pasa a primer plano, porque en esta relación es como el hombre puede llegar a ser plenamente él mismo si vive auténticamente, lo que significa estar listo para compartir, para dar, para amar y para entrar en comunicación con los demás. Porque el sentido de este "ser-en-relación" que es el hombre no "supone relaciones accidentales o meramente externas, superficiales, sino aquellas genuinamente esenciales en las cuales el "Yo" implica el reconocimiento del "Tu" y viceversa".

La psicoterapia de orientación antropológica, no rechaza por lo tanto los esenciales descubrimientos del psicoanálisis: la biografía, el inconsciente, la transferencia, pero los transforma y los enriquece para darle un sentido pleno, para que el hombre deje de ser un objeto y sea considerado

(37) Sobre esto y la noción de transferencia que analizamos más adelante puede consultarse D. Barcia: "Humanismo, Ciencia y Psiquiatría". *Actas Luso-Esp. Neuropsiq.*, 1973, 1, 153 165.

como persona, lo que quiere decir, situar al enfermo frente a la *responsabilidad*.

Muy certeramente supo verlo Frankl (38). El psicoanálisis intenta ir rescatando del inconsciente los contenidos vivenciales y restituirlos a la conciencia con lo que aumenta la órbita del poder del Yo. El hombre debe ser, pues, fundamentalmente *consciente*.

Por otro lado la Psicología individual de Adler ve la sintomatología neurótica en la simulación (*arrangement*) con lo que el enfermo trata de exculparse, por lo que el médico debe incorporar el síntoma a la esfera de la responsabilidad. El hombre, según esto, es esencialmente *responsable*.

Pero con esto, estas dos Escuelas sólo han sabido darnos dos aspectos esenciales, pero parciales del hombre. Frankl ha estructurado a ambas, y por ello la fórmula antropológica esencial puede expresarse así: "Ser hombre equivale a ser-consciente-y-ser-responsable", lo cual no es un juego de palabras, sino que esto puede comprenderse ontológicamente y el ser consciente y ser responsable no constituyen una suma, sino una categoría superior que integra la totalidad del ser humano. Después de todo no es una casualidad que el idioma exprese con la misma palabra "Conciencia", estos dos aspectos de "ser consciente" y "ser responsable".

Pero, concienciar, hacerse responsable, ¿de qué?, o mejor, ¿para qué? Para decirlo con una frase de Frankl (39): "La responsabilidad significa siempre responsabilidad ante un deber", y, añadimos, este deber del hombre, en cuanto que es ser espiritual, por tanto creador y libre, es el de la realización durante la vida de determinados valores en relación consigo mismo, con los demás y con lo trascendente.

Introducir una Antropología personalista no implica, pues, rechazo de las enseñanzas de la Medicina que sólo pudo elaborar tesis naturalistas, por pretender encerrar al hombre en esquemas de la ciencia positiva.

La dificultad estriba en ofrecer a la Medicina un esquema antropológico adecuado para, repetimos, integrar la ciencia médica y, al tiempo, poder dar respuesta a las preguntas básicas de la existencia, los problemas que constituían, pero que dan sentido y justifican que exista la Medicina: la enfermedad, el dolor y la muerte, lo que pasamos a analizar a continuación.

(38) Cfr. V. Frankl: "Psicoanálisis y existencialismo". Fondo de Cultura Económica. México, 1957.

(39) Cfr. V. Frankl, op. cit.

IV.—UN ESQUEMA ANTROPOLOGICO PARA LA MEDICINA

En las últimas líneas lo que esencialmente nos proponíamos era justificar nuestra afirmación de que la Antropología personalista era fecunda sólo cuando se integraba en el conjunto de saberes médicos, y por eso sólo ha podido desarrollarse en psicoterapia, ya que los Psiquiatras que piensan que ella debe ser tal como la hemos expuesto, no tiene que renunciar ni a sus conocimientos anteriores, ni a su metodología, ni a su rol social de psicoterapeuta.

Pero, posiblemente la introducción de la Antropología personalista sea más difícil en Medicina. En principio parece más sencillo introducirlo en la "praxis" pero evidentemente, es muy complicado en la teoría científica del enfermar.

Sin embargo, parece cierto que debe de alguna manera romperse con el dualismo tantas veces señalado en estas líneas y que el médico subordine su ciencia a la acción médica. Podíamos quizás poner como lema las palabras de Max Clara, al referirse a la nueva concepción de la anatomía (40): "Nosotros, anatómicos de la joven generación estamos orgullosos de ser médicos, no tenemos nada en común con aquella categoría de anatómicos que quieren ser meros científicos y no médicos".

Según lo antedicho, ¿cómo debe ser la antropología que presida a la Medicina?, ¿qué rasgos esenciales debe tener?

A mi modo de ver tres son imprescindibles:

1. Que en esa antropología entre en consideración el cuerpo.
2. Que sea personalista.
3. Que sea cristiana.

Que tenga en consideración el cuerpo, pues en caso contrario difícilmente puede en ella entroncarse los conocimientos médicos.

Que sea personalista, pues en caso contrario, rebajaríamos al hombre a su pura naturaleza. Es decir, como antes habíamos señalado, la actividad médica sería idéntica a la botánica y veterinaria y por tanto dejaría de ser Medicina.

Que sea cristiana pues de otro modo seguirían sin respuesta los temas fundamentales que justifican a la Medicina, pues, yo creo y he de analizarlo más adelante que como enseña Pío XII, "La cuestión de la salud desborda el cuadro de la biología y Medicina; tiene un lugar necesariamente también en la esfera de la Moral y Religión" (41).

(40) Cfr. J. J. Barcia Goyanes: "Las orientaciones actuales de la morfología", op. cit. pág. 25.

(41) Cfr. M. Zalba y J. Rozal: *El magisterio eclesiástico y la Medicina*. Ed. Razón y fe, S. A., Madrid, 1955, pág. 167.

IV. 1.—*Antropología corporal.*

Muchas, y yo diría que hasta la mayoría de las antropologías personalistas, sólo destacan las características esenciales de considerar al hombre como persona, lo cual es fundamental, pero tienden a olvidar el hecho básico de que entre las posibles personas (Dios, los ángeles, etc.), el hombre se caracteriza además por tener cuerpo. Pero, precisamente, porque esto es así, pero además porque lo patológico incide en el costado fisionatural del hombre es por lo que una antropología sin cuerpo, difícilmente cuadra en Medicina.

Posiblemente sea cierto que muchas definiciones de las antropologías personalistas sean válidas ya que no se oponen al hecho de la realidad corporal del hombre, pero suelen ser peligrosas, en el sentido de favorecer el dualismo citado, si de alguna manera no se ofrece una definición positiva.

Lo mismo sucede con las antropologías que parten de la consideración biologicista, es decir, del análisis de los seres vivos. No basta que los autores acepten la realidad espiritual del hombre, se precisa que en sus concepciones el análisis de su naturaleza se haga considerando su subordinación a la realidad del hombre como persona.

Barcia Goyanes (42) cuya obra hemos analizado en otra ocasión y que para estas cuestiones nos ha de servir de guía, escribió al referirse a la moderna biología: "Toda la labor de la moderna filosofía del ser viviente en la que los nombres de Driesch, de Von Uexküll, de Pelagyl, de Woltereck, de Meyer, de Alverdes y de tantos otros representan un gigantesco movimiento bajo directrices distintas, pero todo él impregnado de un hondo sentimiento antimaterialista, significa, sobre todo, el redescubrimiento de la individualidad en el ser vivo, de su totalidad y el análisis de la misma. Pero esto, que es suficiente en biología, no lo es en la psicología, la personalística o cualquier otra disciplina antropológica, y, sin embargo, muchos antropólogos ahí se han detenido, aunque hayan dado al individuo el nombre de persona".

Así, pues, es necesario, si partimos de la realidad personal del hombre, acentuar su carácter corporal; si lo hacemos desde su biología, destacar su esencial realidad personal.

Partamos ahora de esta última consideración. El ser vivo puede ser analizado tanto en su proyección en el espacio, y en este caso la cien-

(42) Cfr. D. Barcia: "La antropología médica en la obra de Barcia Goyanes", op. cit.

cia que lo estudiará es la morfología o anatomía, o en su proyección en el tiempo y entonces se ocupará de él la fisiología.

Haciendo ahora el análisis del ser vivo desde su primera posibilidad, es decir, desde las ciencias morfológicas, el ser vivo puede, en principio, ser analizado como "forma" lo cual constituye la *eidología*, término creado por Laín Entralgo (43) para referirse a la ciencia morfológica que intenta dar respuesta a la pregunta de cómo son y qué significan las formas corporales.

Barcia Goyanes (44) en dos importantes trabajos, analizando las ciencias eidológicas, llega a la conclusión de que de hecho existen tres posiciones ideológicas fundamentales: la platónica, la aristotélica y la galénica.

De las tres posiciones, a nuestro modo de ver, sólo la galénica cuadra plenamente con una antropología Médica, tal como habíamos destacado en nuestro comentario de la obra del autor señalado (45).

Porque tanto la aristotélica —que concibe al ser vivo como un proceso que tiende a un fin— como la platónica —o ciencia del "ser así" los seres vivos— pueden aplicarse al cuerpo del hombre, sin recurrir, para nada, a su carácter humano.

Sólo la galénica, el gran descubrimiento de Barcia Goyanes, necesita de una formulación positiva del hombre.

Recurriendo a un ejemplo diríamos con este autor: El toro tiene cuernos *para* embestir (posición aristotélica); el toro embiste *porque* tiene cuernos (posición platónica), pero "No le dan los cuernos —ni todos los órganos relacionados con la acción de embestir... la capacidad de embestir al toro; pero, porque en la idea de toro— en el conjunto de sus potencialidades, encerradas en el genotipo toro... está la de ser un animal con esa cualidad —la naturaleza le dota a la vez de órganos para embestir y del instinto de hacerlo" (45).

La posición galénica tuvo históricamente repercusión en medicina y muy especialmente en Psiquiatría en el intento de relacionar las formas corporales con las funciones psíquicas, es decir, en las diversas tipologías constitucionales, uno de los pocos intentos de tomar al hombre como un todo.

Pero en general, esta tesis constitucionalista, si exceptuamos la tipología de Spranger (46), pero en la que no hay consideración corporal al-

(43) Cfr. op. cit. pág. 44.

(44) Cfr. J. J. García Goyanes: "Las orientaciones actuales de la morfología" *Arch. Esp. Morf.*, op. cit.; y "La expresión histórica del concepto de forma". *Arch. Esp. Morf.*, 1962, 17, 79 123.

(45) D. Barcia: "La antropología médica en la obra de Barcia Goyanes", op. cit.

(46) J.J. Barcia Goyanes: "La expresión histórica del concepto de forma", op. cit. pág. 98.

guna, no han tomado en consideración el hecho de que el hombre sea un ser espiritual, es decir, un ser creador y libre, pero que al tiempo posea cuerpo, y esto, afirmamos nosotros, es posible desde la posición galénica.

Según esta última doctrina, el hombre debe ser, antes de cualquier reflexión *comprendido*, como antes hemos señalado, y una vez hecho esto, podemos dar sentido y entender las peculiares corporales que de hecho lo caracterizan. ¿Cómo entender si no este texto de Galeno? (47): "El hombre es el más sabio de todos los animales, y las manos eran los órganos que convenían a un animal sabio... No enseñaron las manos al hombre las artes, sino la razón. Pero las manos son el órgano de las artes, de igual manera que la lira lo es del músico y las tenazas del herrero; pues aunque uno y otro artífice lo sean, como queda dicho, por la razón, ni uno ni otro pudiera actuar según arte faltándole el instrumento; así no puede ejercitar el alma las facultades que tiene según su naturaleza, si no tiene órganos (corporales)".

Comprendido el hombre entendemos la instrumentalidad del cuerpo; pero cuerpo que no sólo posibilita la facultad del alma sino que la condiciona. El hombre, según esto, creador y libre, sólo es comprendido plenamente, existiendo a través del cuerpo y esto último es lo que ha desarrollado y profundizado buena parte de la filosofía moderna e inspirado en ella la Psiquiatría antropológica.

Quizás uno de los "descubrimientos" más notables de la filosofía existencial haya sido el descubrimiento del cuerpo y, desde luego, ha servido para entender buena parte de la patología mental.

No menos de tres existencias, o de tres modos puede ser considerado el cuerpo del hombre:

1. El cuerpo como *objeto*,
2. El cuerpo *vivido*, y,
3. El cuerpo *mundano*.

No puedo, claro está, detenerme a un análisis de esta cuestión (48).

Sólo diremos que tradicionalmente la Medicina sólo pudo ver el cuerpo como *objeto* (Körper), teniendo ceguera para los otros dos, el cuerpo *vivido* (Leib) y el *mundano*, precisamente el cuerpo con que existimos,

(47) Tomado de J. J. Barcia Goyanes, op. cit. pág. 98.

(48) La literatura es muy abundante, sin embargo, pienso que es fundamental para la Antropología Médica, la obra de P. Lain Entralgo: *Teoría y realidad del otro*, Revista de Occidente, 1962, y para la Psiquiatría las producciones de Binswanger y en el concepto de la corporalidad de Zutt.

En España importa la obra de Alberca, especialmente "Datos para un estudio de la psicopatología de lo espacial", *Rev. Univer. Madrid*, XI-41, 187-227, y la obra de J. J. López Ibor y J. J. López-Ibor Aliño *El cuerpo y la corporalidad*, Gredos, Madrid, 1974.

con el que nos comunicamos, con el que nos encontramos con los demás.

El cuerpo *vivido*, o cuerpo vivencial, es el cuerpo —intracuerpo lo llamará Ortega— de nuestra cenestesia, el cuerpo con el que vivo, es el cuerpo que *soy*. Marcel solía decir que “tenemos cuerpo pero somos cuerpo”; pero a esto hay que añadir, afirma López Ibor (49) que “el cuerpo, al tiempo que nos tiene, nos sostiene”, es decir que tenemos una “vivencia de la corporalidad” que constituye un elemento básico para analizar las enfermedades.

Pero, no sólo tenemos cuerpo, somos un cuerpo, y ese cuerpo nos sostiene, sino que *nos expresamos y comunicamos a través del cuerpo* (50). Sin analizar, por tanto, ese cuerpo vivido, difícilmente puede entenderse el carácter expresivo y comunicativo que el síntoma, en definitiva la enfermedad, tiene.

Y, finalmente, somos *cuerpo mundano*, en el sentido de *estar en apariencia en el mundo* y por lo tanto, poder tener posición y enfrentarnos y alejarnos de esa apariencia corporal que es el Otro.

Este cuerpo mundano, esta *corporalidad* que somos, significa el supuesto, dice Laín Entralgo, “de los supuestos de la relación y del encuentro” (51), encuentro que no es obligatoriamente contacto físico, sino, viene a decir Zutt (52), que no es el sólo tocar y ser tocado, sino más aún, mirar y ser mirado y también caminar. Cuando miro, cojo, camino, soy un cuerpo que se despliega hacia... *soy intencionalidad*”.

¡Qué distancia, pues, entre ese cuerpo, ese objeto, tan minuciosa y magistralmente estudiado por la Medicina, y ese cuerpo vivido y mundano, esa corporalidad; ¿No resulta evidente que una apropiación de esto último por parte de la Medicina, y no meramente, como de hecho ha sido, por la Psiquiatría, la enriquecería y podría dar paso a una antropología personal?

IV. 2.—Antropología personalista y cristiana.

Entendida así la corporalidad, hecho que creemos básico para una antropología Médica, añadimos que debe ser “personalista”.

(49) Op. cit.

(50) Para un análisis de estas cuestiones puede verse D. Barcia y P. Fuster: “El estudio de dos casos de colitis ulcerosas y artritis reumatoide. Contribución al conocimiento de la patología psicosomática”. *Actas Luso-Esp. Neur. y Psiq.*, 1968, 27-4, (497-524).

(51) Cfr. op. cit.

(52) Puede verse Zutt, en 11 Congreso Internacional de Psiquiatría. Zúrich, 1957; y D. Barcia: “Apuntes para la comprensión del delirio paranoide”, *Folia Neuropsiquiátrica*, 1968, 3 (1-19).



Lo que esto quiere decir es que no puede entenderse al hombre si no es como persona, lo cual es básico para a su vez entender los problemas de la Medicina; pero además, y para algunas cuestiones, no se obtiene respuesta, si no es dentro de un esquema transcendentalista, que supere la existencia puramente mundana.

En la segunda parte hemos de abordar algunos de estos temas: Enfermedad, dolor y muerte, por lo que no se precisa ahora una reflexión general.

Sólo quisiéramos decir, que el hombre sólo puede entenderse dentro de un esquema de valores, tanto en el sentido de lo que el hombre es, como en el sentido de cuál es su responsabilidad.

Si esto último, es el supuesto básico para la ética ¿Cómo puede, al menos, entenderse la conducta médica, en definitiva la praxis médica, si no es a partir de un análisis de estas cuestiones?

Estos y otros aspectos han de ser analizados a continuación. Detengamos pues, aquí, nuestro discurso y resumamos.

En esta primera parte, lo que hemos querido poner de manifiesto, es que la Medicina, salvo en muy pocos momentos, por otro lado muy poco influyentes, sólo ha sabido elaborar una teoría y una praxis considerando al hombre como pura naturaleza.

Hemos querido justificar el por qué de esta tesis y en cambio hemos propuesto otra que creemos es la que debería ser desarrollada, una antropología personalista, en la que tuviera cabida el cuerpo humano, pero que trascendiera a la existencia puramente mundana.

La pregunta ahora es: ¿porqué esta antropología?, porque en caso contrario, la Medicina dejaría de ser Medicina, es decir, un esfuerzo técnico para ayudar al hombre en su enfermedad y, repetimos, queda sin contestación las preguntas básicas de la existencia, en las cuales, quiéralo o no, ha de verse todos los días el médico: la enfermedad, el dolor y la muerte.

II PARTE

V. LAS NOCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD.
EL SENTIDO DEL CUIDADO MEDICO.

¿Qué es salud, qué enfermedad?, ¿qué es sano, qué enfermo? He ahí dos preguntas fundamentales para la Medicina. Sólo por el hecho de que existan enfermedades está justificada su existencia.

Parecería, por lo tanto, que la Medicina estuviera preocupada por esta cuestión, que los médicos reflexionaran sistemáticamente sobre estos conceptos, y sin embargo, como señala Jaspers, "*Was gesund und was krank in allgemeinen bedeutet darüber zerbricht sich der Mediziner am wenigsten der Kopf*" (53), (sobre lo que significa salud y enfermedad en general, el médico es quien menos se rompe la cabeza).

Y esto es así, porque sano y enfermo o salud y enfermedad son conceptos culturales y el médico acepta, sin discusión, los criterios desarrollados para la cultura a la que pertenece.

Es decir, el médico tiene que ver con múltiples procesos vitales y crea conceptos científicos tales como lesión, infección, tumor, etc., y luego a partir de ellos generaliza y crea un concepto de enfermedad: enfermedades infecciosas, enfermedades tumorales, etc., pero no parte de un concepto de enfermedad. Este aparece, en primer término, como un producto secundario, pero, y esto es lo grave, la Medicina ha elaborado el concepto de enfermedad desde perspectivas alejadas de la antropología y, sin embargo, como acertadamente advierte Von Gebattel, "el pensar sobre la esencia de la salud o de la enfermedad es propio de la antropología médica" (54).

(53) Cfr. K. Jaspers: *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin, 1948, p. 652.

(54) Cfr. F. von Gebattel: *Antropología médica*, Rialp, Madrid, 1966, pág. 448.

El médico, por lo tanto, está sólo capacitado para definiciones científicas de procesos biológicos (corporales y psíquicos) que están en la base de enfermedades, pero pretender que ellos den un concepto de salud o enfermedad es erróneo, porque lo que es salud y enfermedad es un concepto de valor sólo captable desde perspectivas más amplias.

Por eso, cuando al médico se le proponen definiciones de salud y enfermedad, sólo puede dar definiciones de normal y patológico, pero no de sano o enfermo. El médico ante estas preguntas, por lo tanto, se agarra a la gran variedad de cuadros clínicos, con lo cual "engulle a la orientación antropológica fundamental y con estas disquisiciones se ve de forma clara que las ciencias de la naturaleza, por su separación frente a la filosofía y teología, no están en absoluto capacitadas para concebir un concepto de enfermedad ni tampoco de salud" (55).

Normal y patológico, por lo tanto, son conceptos específicamente médicos y designan la perturbación morfológica y funcional del organismo; *sano y enfermo*, son conceptos antropológicos y aunque, como antes hemos dicho, el concepto de enfermedad es esencialmente cultural, es decir, la enfermedad tiene un sentido para la cultura determinada en que nos movemos, también, sin embargo, tiene un sentido para el individuo (56).

Aunque la enfermedad pueda adquirir, y de hecho ha adquirido múltiples significados, es fundamentalmente el carácter de *amenaza* su nota principal, y por eso esta situación es independiente del grado de alteración morfológica o funcional del cuerpo, al punto, que como señala García Goyanes, "aunque se lograra curar toda enfermedad, nos tropezaríamos siempre con el temor del hombre ante ella... porque la enfermedad no es más que una de tantas formas de sentirnos inadaptados"

Amenazado, inadaptado, distinto, he ahí lo esencial de la enfermedad. Genialmente lo ha expresado Saroyan (57) en un encantador diálogo de una niña pequeña con su padre, que termina así: "Pues cuando alguien se pone enfermo, —explica el padre—, se pierde a sí mismo... aunque por poco tiempo nada más. En eso consiste la enfermedad. En que, de pronto, ya no se es uno mismo y por eso lo necesitas todo. Pero lo que se necesita en realidad, es siempre a uno mismo; aunque si se logra el amor, ahí está todo; uno mismo y el amor. Y yo te quiero, Twink".

Saroyan enseña no sólo *qué* es la enfermedad, pero también el modo

(55) Cfr. op. cit. pág. 449.

(56) No podemos extendernos en estos aspectos, por otro lado esenciales, para el concepto de Salud y Enfermedad. Puede consultarse J. J. Barcia Goyanes: "El sentido de la enfermedad" en *Pensamiento médico moral y profesional*, Valencia, 1914; y P. Lain Entralgo: *Ocio y Trabajo*, *Revista de Occidente*, Madrid, 1962; y *Salud y Perfección del hombre*, Gredos, Madrid, 1961.

(57) Cfr. W. Saroyan: *Mamá querida*.

más auténtico de acercarse al paciente, pues si la enfermedad es algo que afecta y trastorna tan profundamente al hombre, el tratamiento debe también arrancar de lo más profundo y auténtico: el amor.

Si recapitulamos sobre lo expuesto, tenemos que la noción de enfermedad que procede de la Medicina se caracteriza por dos datos: por identificar patológico con enfermo, y por haberse despreocupado de elaboraciones positivas sobre la noción de enfermedad. Repetimos con Jaspers, sobre lo que es sano o enfermo el médico es el que menos se rompe la cabeza.

Pero en los últimos tiempos la situación ha cambiado radicalmente. Hasta ahora la Medicina solamente describía y caracterizaba determinadas *especies morbosas*, trataba de encontrar sus causas y mecanismos de enfermar y de buscar solución para las mismas, pero en las últimas décadas se ha desarrollado la llamada Medicina preventiva, lo cual obliga a definiciones positivas de salud y enfermedad.

El médico, por fin, ha salido del estrecho marco del Hospital, o del Laboratorio, y se ha insertado en el seno de la Sociedad misma.

¿Y cómo es la definición positiva que ha dado la Medicina? Al finalizar la II Guerra Mundial se celebró en París un Congreso Internacional de Salud, en el cual Chisholm, primer director general de la O.M.S. señaló que los males de que sufría la Humanidad se debían principalmente al hecho de que no podía vivir en paz consigo misma y pidió que estudiaran los trastornos psicológicos que obstaculizan el bienestar físico y mental.

Con esta preocupación y dirección en 1947, los expertos de la O.M.S., identificando Salud Mental con Salud, dieron una definición, que prácticamente ha sido aceptada por la Medicina contemporánea; entendiéndola como salud "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente como la ausencia de enfermedad o inferioridad" (58).

¿Qué esquema del hombre, qué tesis antropológica está detrás de este concepto de Salud?

Lain Entralgo, no de un modo cronológico pero sistemáticamente, distingue dos modos cardinales del concepto de salud del hombre: visión naturalista y antropología personalista. Estas dos concepciones opuestas entre sí, son correspondientes a dos actitudes básicas del espíritu: la actitud clásica y la romántica.

Tras analizar las características esenciales de estos cuatro conceptos de salud (dos naturalistas, romántico y clásico; y dos personalistas, romántico y clásico) llega a la conclusión de que el Naturalismo, tanto clásico

(58) Cfr. *World Federations for Mental Health* Pb. London, 1948.

como romántico, "atribuye al médico tres misiones principales: sanar al enfermo, evitar la enfermedad y —puesto que para él la moralidad pertenece a la naturaleza— fabricar hombres de buena voluntad".

Es decir, "una sociedad de hombres sanos, justos y felices —hombres en los cuales, por obra del saber científico y la ciencia, la naturaleza sea fiel a sí misma— constituye y constituirá siempre la utopía del médico crasamente naturalista".

Según esto, la definición de la O.M.S. que arriba hemos referido se corresponde a un esquema naturalista del hombre, lo cual parece lógico, si, como hemos venido insistiendo, la Medicina, sólo supo ver el costado natural del hombre e identificó lo normal a la salud y lo patológico a la enfermedad.

Y mientras no se produce la utopía, mientras siga habiendo enfermos crónicos, y personas infelices, ¿qué hará la Medicina, qué actitud tendrán los médicos?

Al comienzo decíamos que la enfermedad era una amenaza; pero si seguimos los esquemas naturalistas, observamos que es una perturbación; y es que, como ambas categorías puede aparecer a la conciencia del enfermo.

Es decir, la naturaleza del hombre puede alterarse y esta alteración es de algún modo vivida por el enfermo.

El puro análisis de esta cuestión ha sido, repetimos, la tarea tradicional de la Medicina y ha servido de base para la elaboración de las nociones sobre lo patológico.

Pero hemos visto que lo patológico es un aspecto de la enfermedad, pero no la enfermedad, ella misma. Si bien lo que se altera es la naturaleza del hombre, lo que padece es el hombre entero, y por eso, sólo puede propiamente hablarse de enfermedad cuando la alteración que aparece en la naturaleza del hombre tiene un significado: "Cuando surge la enfermedad es precisamente su carácter de presagio el (dato) más importante" (60).

Según lo expuesto, y según la noción naturalista que ha elaborado la Medicina ¿qué hará el médico, tal como acabábamos de preguntar? Su actuación dependerá del aspecto perturbador o amenazador que indague en la enfermedad.

Barcia Goyanes lo ha expresado muy bellamente: "Si la enfermedad es un presagio, él es el augur capaz de desentrañar —desentrañar,

(59) Cfr. P. Laín Entralgo: *Salud y perfección del hombre*, op. cit.

(60) Cfr. J. J. Barcia Goyanes: "Antibióticos y la relación médico-enfermo" *Med. Esp.*, 1955, 190, 3-11, pág. 5

qué mágica palabra: en las entrañas de la víctima leía muchas veces el augur, el horóscopo—, de descubrir el sentido de la amenaza, si es una perturbación el médico es el experto capaz de volver el aparato alterado a un normal funcionamiento” (61).

El médico es, pues, en ocasiones, un técnico; conocedor del funcionamiento normal, diagnostica el aparato alterado y conocedor también del modo de corregirlo, aplica una técnica adecuada.

Pero otras veces, el médico trata de captar el sentido que la enfermedad tiene para el enfermo.

Como puro técnico es como ha sido visto y es cada vez más considerado el médico; y es cierto que su técnica y su capacidad ha crecido de un modo extraordinario. ¿Pero qué consecuencia tiene o puede tener dejar de lado el sentido de la enfermedad?

1. Una clara acción iatrogénica.
2. Una angustia ante el sufrimiento humano, que produce un rechazo del enfermo.
3. Una evasión y huída ante problemas insolubles.

Israel nos recuerda (62) que en un principio se designaba como enfermedad iatrogénica a aquellas enfermedades o por lo menos, las graves complicaciones producidas por la acción del médico, sin que significase esto error por su parte, tanto diagnóstico como terapéuticamente. Así, por ejemplo, puede citarse la sordera por la acción de la estreptomycin.

Pero iatrogenia puede verse de otro modo. Se trata de la elección de una terapéutica que pueda ser discutida tanto por lo benigno de la afección como por lo inadecuado del “terreno”.

En este sentido Israel recuerda que Menninger (1934) habló de una dependencia quirúrgica (*Polysurgical adiction*) y Asher, en 1951, describió el “síndrome de Münchhausen” para referirse a enfermos que se pasan la vida en el Hospital para ser sometidos a intervenciones con descripciones exageradas o inventadas de su sintomatología.

Aunque esta denuncia de Israel es cierta y yo mismo me he ocupado de ese tema atribuyendo esta acción iatrogénica, —que este autor valora hasta en un 30% de enfermos que acuden a consultas públicas—, a “perturbaciones” en la relación médico-enfermo y a la organización actual de la Medicina (63), sin embargo, la corrección de estas conductas no implican necesariamente un cambio de mentalidad médica.

(61) Cfr. Barcia Goyanes, op. cit., pág. 5.

(62) Cfr. L. Israel: *La maladie iatrogénique*. Enciclopedia Medico-Chirurgica, 11, 1974.

(63) Cfr. D. Barcia: “Abuso de drogas que producen farmaco-dependencia” *Med. Esp.* 1977, 76, 115-123.

Un médico con una noción crasamente naturalista del hombre y la enfermedad, pero un buen técnico, y no negligente, puede evitar este tipo de iatrogenia.

Pero a la iatrogenia clásica, y a la denuncia por Israel, hay que añadir otra, la que se produce, precisamente cuando hay ceguera a la realidad personal del hombre, cuando se ignora que la Enfermedad es un acontecimiento biográfico con sentido.

Von Gebattel (64) recuerda, como también hemos comentado antes, que el lenguaje puede no ayudar al diagnóstico, pues con suma frecuencia los datos que da el enfermo no son síntoma de enfermedad y se basan muchas veces en confusas suposiciones y engaños.

“Pero en este estar frecuentemente descarriados los juicios del enfermo con respecto a sus sufrimientos —precisamente en que esté “frente” a ellos, en que se distancie de sus sufrimientos, juzgándolos, exponiéndolos, aceptándolos o rechazándolos, sufriendolos o negándolos— ahí se destaca el elemento propiamente humano de la enfermedad. Con esto la enfermedad se convierte en lo que puede ser el hombre: De un mero suceso se convierte en un asunto existencial; en vez de estar entregado a ella, es algo que no le tiene a él, sino que la tiene él y que la maneja y ante la que toma postura” (65).

Sólo si la enfermedad es vista no como un acaecimiento sino integrada en la biografía, como suceso existencial, es como podemos entender el sentido pleno que la enfermedad tiene para el sujeto concreto que la padece.

Lo patológico, el tumor, la inflamación, el traumatismo, y aún la acción médica, una intervención quirúrgica, un tratamiento farmacológico, es algo impersonal y ahistórico. Por eso indagar sobre los mecanismos de estos trastornos nada nos dice del sujeto, del hombre que lo padece.

La pregunta, ¿qué significa este tumor?, ¿qué significa esta operación?, queda irremisiblemente sin respuesta.

Pero al indagar en un hombre, es decir, un ser histórico, proyectado hacia el futuro, y creador de valores, por ser responsable y libre; al indagar entonces qué significa la enfermedad, éste se revela como algo pleno de sentido.

Porque la salud, enseña Siebeck (66), es un *para qué*. Porque vivimos no para estar sanos, sino que estamos sanos y queremos estarlo para realizar nuestra vida, la tarea de nuestra vida; lo que podemos expresar

(64) Cfr. F. von Gebattel, op. cit. pág. 452.

(65) Op. cit. pág. 452.

(66) Cfr. von Stebeck: *La medicina en movimiento. Científico-Médico*. Barcelona, 1957.

con las palabras de Jores, "Der Mensch lebt nicht, sonder er führt sein Leben; das ihm als Aufgabe gestellt ist" (el hombre no vive, sino que conduce la vida, la cual le es propuesta como tema) (67), y la enfermedad es, precisamente, aquel acontecimiento patológico que impide el desarrollo de ese tema; lo que se interpone al para qué.

No es la perturbación anatómica o funcional, lo que es la enfermedad, sino que ésta aparece cuando aquellas perturbaciones impiden o limitan el desarrollo, de la vida. Muy certeramente lo ha entendido nuestro pueblo, pues de las muchas denominaciones (68) con que la enfermedad ha sido designada ha preferido precisamente ésta de enfermedad, es decir, inferioridad, limitación. Sólo cuando la vida está limitada por lo patológico, sólo entonces, propiamente, puede hablarse de enfermedad.

Si hemos entendido lo expuesto, aparecerá claro, que sólo es lícita la actuación médica cuando valora la perturbación corporal en el conjunto histórico-biográfico del paciente, cuando entiende y acompaña al enfermo para ayudarle precisamente a desarrollar, no una vida, sino precisamente *su* vida.

Y en este sentido hay iatrogenia, cuando el médico por atender sólo al costado fisio-natural, dificulta el desarrollo de los valores y vocación personal del paciente.

Pero además, junto a lo expuesto, decíamos que hay rechazo del paciente. Lo hay, porque no es fácil hacerse cargo de la vida de otra persona, tanto física, es decir, por el tiempo obligado para el prolongado diálogo, como especialmente emocional, por la dificultad de apropiarse de los problemas ajenos.

Y ante esta situación suele el médico interponer entre él y el paciente la técnica médica. El silencio impuesto al paciente, al que líneas arriba aludíamos, no sólo es un silencio técnico, es decir, basado en la creencia de que se diagnostica mejor de otro modo, puede ser también un mecanismo de defensa, puede ser la negación del médico en emprender una aventura itinerante para ayudar a un hombre en su dolor y limitación.

Y por eso, yo lo analizaba al estudiar en otra ocasión el "significado" del fármaco, el médico *cree* en el tratamiento farmacológico y obliga al enfermo a *creer* también en él. La "pastilla" constituye de este modo el único punto de relación y contacto médico-enfermo (69).

(67) Cfr. A. Jores: *El hombre y la enfermedad*. Labor, Barcelona, 1961.

(68) Sobre los posibles modos de designar la enfermedad consúltese J. J. Barcia Goyanes: "Antibióticos y relación médico-enfermo". *Med. Esp.* 1955, 190, (3-11) y especialmente "La expresión del dolor y la enfermedad en las diferentes lenguas". *Med. Esp.* 1977, 76, (183-188).

(69) Puede consultarse D. Barcia: "Abuso de drogas que producen farmacodependencia". *Med. Esp.* 1977, 76, (115-123).

Los dos aspectos que hemos comentado se salvan, diríamos, si el hombre es considerado como persona, es decir, si nos damos cuenta que tiene una tarea en la vida, unos valores que cumplir, y precisamente le ayudamos a eso, suprimiendo la perturbación corporal o psíquica, que dificultad o impiden tal desarrollo.

Por esta razón, a la antropología naturalista, nosotros proponíamos antes una antropología personalista.

Pero con esto yo pienso que no quedan contestados todos los problemas que la enfermedad supone para el hombre, y sólo si a la consideración corporal del hombre, y a la personal, aplicamos una tesis cristiana.

¿Qué sentido tiene, en caso contrario, el cuidado de los Dementes, de esos enfermos en que, por usar la expresiva palabra de Spatz, hay una verdadera 'Entmenschlichung', es decir 'deshumanización'?

Dejando de lado actitudes pusilánimes, parece más lógico dentro de una cultura naturalista, actuar según las enseñanzas de Hipócrates, de que era inmoral atender y cuidar a los enfermos incurables. Si el hombre es pura naturaleza, ¿qué sentido tiene cuidar a una naturaleza estropeada y sin rendimiento alguno?

Pero si el hombre es persona ¿este dato, es suficiente para en estado de deshumanización proceder a su cuidado? Si los dementes y oligofrénicos profundos carecen de todo dato diferenciador humano, si lo que tenemos de específico ha desaparecido, ¿qué sentido tiene también el cuidado de estos pacientes?

Sólo una antropología cristiana puede dar la respuesta. El acto médico, dentro de una perspectiva personalista se basa, lo habíamos señalado, en el *encuentro* interpersonal, en la amistad médica, una relación única y original entre los diferentes tipos de encuentros humanos.

Si bien este encuentro amistoso, debe darse en Medicina y de un modo singular y a una profundidad única en Psicoterapia, ¿cómo es posible tal encuentro entre Psiquiatra y Demente? En principio no parece posible, y por eso decíamos que la acción médica carece de sentido.

Pero que un hombre haya perdido las facultades y características mentales del hombre quiere decir que ha perdido lo que de creador y singular tiene la personalidad humana, pero no por ello ha dejado de ser persona. Por esto también con él es posible un encuentro humano. Es el encuentro de *proximidad*, que Laín Entralgo ha descrito como el del Samaritano; no es una relación amistosa pues no existe la respuesta en uno de los inter-

locutores, pero sí es una relación humana, la secular y cristiana de la caridad (70).

La contemplación de la enfermedad, mejor aún, del enfermo, será en último extremo, dice Laín Entralgo (71) un misterio, *mysterium doloris*, y quizás, como en ningún otro estado patológico, la contemplación siempre estremecedora de los dementes, pone más patentemente en la conciencia esta condición misteriosa del dolor.

Es cierto que el peligro del médico, y quizás más del médico cristiano, es dejarse llevar fácilmente de la compasión, en lugar de indagar en cada caso y muy especialmente en la "locura", lo que ésta puede tener de "falta colectiva"; pues muchas actitudes individuales, pero especialmente sociales, contribuyen al menos en agravar y encronizar o negar la asistencia adecuada a muchos pacientes, sobre lo cual la Psiquiatría actual ha ido concienciando, que para al menos algunas enfermedades y para muchas "encronizaciones" hay una transgresión ética, social y colectiva.

Junto al *Mysterium doloris* observamos, pues, la presencia del *Mysterium iniquitatis*. El médico y especialmente el psiquiatra cristiano, deberá, por lo tanto, del mismo modo que está obligado a conocer la técnica médica para luchar contra la enfermedad, lo está para denunciar y tratar de corregir el pecado colectivo contra la enfermedad física o mental. Pero siempre, de alguna manera, queda como última instancia el tremendo problema de la aniquilación de la personalidad de los dementes. En estos estados, lo mismo que una visión naturalista y personalista no encuentra respuesta, tampoco es posible en ellos la "prueba" que según el pensamiento cristiano tiene la enfermedad, al no tener ninguna de las características en la que ella sea posible: conocimiento y libertad. ¿Qué sentido tiene este enfermo para el médico cristiano?

Entre otros posibles, uno queda claro, y que no sólo justifica sino que obliga al cuidado. Por mucho que la enfermedad destruya la personalidad del enfermo, por muy grave que la enfermedad mental sea, nunca quita al enfermo la condición de hombre y, como señala Laín Entralgo, "en ello tiene su último fundamento la asistencia psiquiátrica cristiana" (72), porque esos cuerpos son *Templos del Espíritu Santo*. Para esos hombres también se da el último sentido de la vida terrena, visto con ojos cristianos, que como ha escrito San Ireneo, cuando nuestras almas creen verdaderamente en las promesas de Cristo y se hallan en Gracia "nuestros

(70) Cfr. P. Laín Entralgo: *Mysterium doloris*. Publicaciones de la Universidad "Menéndez Pelayo", Madrid, 1955.

(71) Op. cit. pág. 38.

(72) Op. cit. pág. 55.

cuerpos no son corruptibles porque poseen la esperanza de la Resurrección" (73).

VI.—EL SENTIDO DEL DOLOR

Muchas de las afirmaciones que hemos hecho en relación con la enfermedad, pueden repetirse respecto del dolor, ya que, aunque no idénticos, ambos acontecimientos guardan una relación muy estrecha.

El carácter doloroso de muchas enfermedades sirvió para que a partir de este dato se definiera la enfermedad. Así, y siguiendo la investigación sobre este tema de Barcia Goyanes (74), tenemos por ejemplo el término castellano de *Dolencia*, hecho que se repite en otros muchos idiomas, como el catalán, ruso, hebreo, etc.

Pero el dolor es sólo un dato de la enfermedad y sólo de algunas y solamente durante un tiempo, lo cual hace que no puedan identificarse dolor y enfermedad, por un lado, pero además, por otro lado, las actitudes médicas difieren o pueden diferir ante ambas situaciones.

Traer aquí, ahora, una reflexión sobre el dolor lo hacemos porque en algunos aspectos nos ayuda, quizás mejor que otros padecimientos, a entender ciertos datos antropológicos y nos aclara algunas conductas sociales y médicas que creemos útiles para el propósito total de esta lección.

La visión naturalista del hombre da lugar, en lo que respecta a la consideración del dolor, esencialmente a dos hechos: Un rechazo total hacia la experiencia del dolor y una ceguera hacia los posibles aspectos positivos de la misma, sólo comprensibles desde una antropología personalista y especialmente cristiana.

Como antes habíamos señalado, en principio el médico sigue los esquemas de la Sociedad a que pertenece y aplica su técnica para conseguir aquellos resultados que la sociedad le pide, de un modo expreso o tácito.

Entre los muchos datos que caracterizan a la sociedad actual, uno de ellos, a mi modo de ver, aparece como paradójico y es la concurrencia de dos actitudes antagónicas, una la actitud "previsora", es decir, la necesidad de seguridad, junto a la carencia de proyección hacia el futuro, es decir, vivir solamente el presente.

En relación con el primer dato podemos observar que hoy se asegura

(73) Op. cit. pág. 78.

(74) Cfr. J. J. Barcia Goyanes: "La expresión de dolor y la enfermedad en las diferentes lenguas". *Med. Esp.* 1977, 76 (183-188).

todo. Si bien todavía en nuestro país los seguros no han alcanzado el nivel de los más desarrollados, en la medida que aumente nuestra economía y nos acerquemos a ellos, como en tantas cosas repetiremos sus conductas y nos aseguraremos de todo.

Parece, pues, que el hombre actual busca la seguridad, pretende evitar el riesgo, quiere controlar el futuro. Y en contraste con esto, el hombre de hoy intenta sólo vivir el presente.

Quizás aquí hay un problema generacional lógico: Búsqueda de seguridad para los mayores, imprevisión para los jóvenes. Pero, a pesar de esto, la paradoja señalada existe y además creo que las dos actitudes se dan, en mayor o menor proporción, a cualquier edad.

Sin que la afirmación que sigue pueda tomarse de otro modo que como una hipótesis, me parece ver en muchas conductas juveniles tales actitudes señaladas.

Muchos jóvenes que se acercan con la intención de formarse en mi especialidad suelen iniciar, casi, la conversación por el dinero que ganarán y por las "salidas" que la obtención del Título les proporciona. Esto está bien, sin duda; pero para un joven ¿no hay otras cuestiones más importantes?, ¿su vocación quedará sólo en la de ser, en el mejor de los casos un buen profesional *pro pane lucrando*?

Creo que muchas de las actitudes que pretenden seguridad no son exclusivas de edades avanzadas sino, también, como decía, de la juventud actual; son, en definitiva, un aspecto de la sociedad. Y en contraste con lo anterior, la mayoría, jóvenes y mayores, se lanzan, desenfrenadamente, en busca del gozo, el placer momentáneo.

Esto último, aparece claro respecto a la actitud, especialmente juvenil del amor. En lugar de intentar un encuentro renovado en cada instante de dos personas, como un caminar en común para ir hacia la conquista de valores de un modo compartido; en lugar de intentar ampliar la existencia personal existiendo en el Otro, creo que hoy muchas de las uniones no tienen ese sentido que mira hacia un futuro creador, como una meta, sino que la unión queda en un aquí y ahora donde se vive el placer, pero no el amor.

Seguridad y búsqueda instantánea del placer. Por ello parece lógico rechazar el dolor a toda costa, no aceptar siquiera la posibilidad de sufrir, y cuando a pesar de todo, aparece el sufrimiento, ¿qué hacer entonces? Se acude a la Medicina para que ésta suprima el dolor. Médico y enfermo se lanzan, entonces, a una angustiada y desesperada lucha para suprimirlo.

El consumo, cada vez mayor, de tranquilizantes, hipnóticos y anal-

gesicos, ¿no revela esta actitud de la Sociedad actual? Todos asistimos hoy día al espectáculo juvenil del consumo de drogas para obtener sensaciones placenteras y, sobre todo, "escapar" de la realidad y observamos también la conducta de toda la población consumiendo fármacos tranquilizantes o analgésicos para evitar cualquier tipo de contrariedad.

Y especialmente en esto último, la Medicina actual colabora de dos maneras: Porque el Médico sigue los mismos esquemas antropológicos, y, como consecuencia de ello acepta como buenas estas conductas, y en parte también, y como consecuencia de lo anterior, el médico parece incapaz de establecer un encuentro interpersonal con el paciente y, como antes decía, interpone la pastilla entre él y el paciente.

En 1965 el "Comité sobre Alcoholismo y adicción de la Asociación Americana de Medicina" creó el término *misuse* (75), en contraposición con el tradicional de *abuse*, que significa consumo excesivo de drogas sin control médico, para referirse al "papel del médico en establecer un tipo de terapéutica potencialmente peligrosa" y, señaló, al referirse a los barbitúricos, lo que es extensivo a los tranquilizantes y analgésicos, que la profesión médica es responsable en amplia medida, del mal uso que se hace de los fármacos, por no menos de cuatro razones:

1. Utilización prolongada y sin supervisión de los barbitúricos como tratamiento sintomático.
- 2.—Complacencia con el paciente que solicita aumento de dosis, ya que no mejoran sus síntomas.
- 3.—Reemplazamiento de un barbitúrico por otro, hipnótico o tranquilizante menor, pensando erróneamente, que se puede así prevenir el abuso.
- 4.—Excesiva complacencia en despachar recetas a petición de los enfermos.

Sí, los médicos facilitan el consumo de drogas en la lucha contra el dolor y sufrimiento, porque ambos, médicos y enfermos participan de las mismas creencias y, por lo tanto, hay ceguera para otras actitudes.

Ambos, médicos y enfermos, creen que la solución de los problemas humanos está en la técnica y por ello, ambos, se desesperan cuando ésta fracasa. "El hombre moderno se irrita contra muchas cosas que antes admitía serenamente. Se indigna contra la vejez, contra la enfermedad larga, contra la muerte, pero desde luego contra el dolor. El dolor *no debe existir*" (76).

El hombre moderno no sabe sufrir, y lo tremendo está en que no

(75) Cfr. D. Barcia: "Abuso de las drogas que producen farmaco-dependencia", op. cit.

(76) Cfr. J. Buytendijk: *El dolor*. Revista Occidente. Madrid, 1958.

puede eliminarse totalmente el dolor del hombre. Es cierto que la obligación del médico es la de poner toda su técnica en lucha contra el dolor y, en este sentido, la técnica médica actual ha conseguido espléndidos resultados; pero esta lucha tiene limitaciones.

Una limitación es la de no acudir a la técnica médica si ésta, aunque domine el dolor, reduce gravemente la capacidad superior, creadora y libre, captadora de valores, del hombre. Es, pues, una limitación ética. Lo diré con palabras de Barcia Goyanes, al referirse a las indicaciones de la Leucotomía clásica: "Y entiendo que, precisamente en los momentos en que ante la muerte culmina el sentido de la vida del hombre, en pocos casos nos será lícito mitigar sus dolores a cambio de un notable e imprevisible cambio de su personalidad" (77).

La segunda limitación viene de confundir el mero dolor con el sufrimiento. El dolor es una sensación que generalmente produce sufrimiento, pero no es el sufrimiento la consecuencia única del dolor.

El sufrimiento es un ingrediente de la vida humana, pero un ingrediente básico y fundamental. Si no existiera sufrimiento no estaríamos conscientes, al menos tanto como podemos estarlo, de nuestra vida, del valor de la vida; no existiría profundidad existencial, pues, como en alguna ocasión ha escrito Jaspers, "hacer la experiencia de la situación límite del dolor y existir es uno y lo mismo".

Es decir, si no existiera esa situación límite del dolor, nuestra existencia no tendría perspectiva, profundidad, ni sentido. No habría ni siquiera existencia, sólo un transcurrir por el tiempo de un modo vacío. Sería un puro suceder de acaecimientos; pero con el dolor adquirimos experiencia, existimos.

He aquí, pues, el segundo límite de la acción médica. No intentar suprimir a toda costa todo dolor. Entenderlo, saber acompañar al doliente en su camino o, al menos, saber respetar su intimidad, ya que no sólo este sufrimiento humano es imbatible médicamente hablando, si no es destruyendo las capacidades superiores del hombre, sino que este dolor pertenece, como decíamos, a la intimidad personal. Oigamos a Azorín:

"¡Eternidad, insondable eternidad del dolor! Progresará maravillosamente la especie humana; se realizarán las más profundas transformaciones. Junto a un balcón, en una ciudad, en una casa, siempre habrá un hombre con la cabeza meditadora y

(77) Cfr. J. J. Barcia Goyanes: "La leucotomía unilateral en el tratamiento del dolor". *Rev. Esp. O.N.O. y Neurocir.* 1949, 46 (3-6), pág. 3.

triste, reclinada sobre la mano. No le podrán quitar su dolorido sentir" (78).

Pero podemos preguntarnos, ¿Por qué este respeto ante el dolor humano?, ¿por qué esta muda compañía y no lucha contra el dolor?, ¿tiene, entonces, el dolor, algún sentido?

Ya hemos señalado que el dolor da profundidad a la existencia humana y que por eso es un ingrediente fundamental de la misma, pero, creo, que debemos profundizar y analizar, aunque brevemente, algún aspecto de esta cuestión. Indagar por el sentido del dolor.

Si, como tantas veces hemos señalado, aplicamos una tesis puramente naturalista, el dolor carece de sentido y no tenemos respuesta. Tiene razón Leriche (79) cuando se opone a aquellos que señalan que el dolor es una señal que indica la presencia de una lesión. Hay enfermedades mortales que cursan sin dolor, y algunas, como la neuralgia del trijémico, solamente duelen, sin que nunca exista peligro para la vida del enfermo. Por esta razón, para entender el sentido del dolor, tenemos, por lo pronto, que acudir a una tesis personalista.

En las páginas anteriores hemos referido la tesis de Frankl, quien integrando en una estructura superior los puntos de vista de Freud y de Adler, había puesto de manifiesto que el hombre es un ser esencialmente responsable, lo que quiere decir que es responsable ante un deber, el cual no es otro que el de la realización durante la vida de determinados valores.

Frankl (80) ha ordenado los valores en tres categorías: valores de creación, valores de vivencia y valores de actitud.

La primera categoría de valores se realiza por medio de actos, la segunda mediante la acogida pasiva del mundo (la naturaleza, el arte, etc.) por el Yo. Finalmente los valores de actitud, que deben realizarse siempre que admitamos como tal algo que consideramos irremisible, fatal como el destino. Y es en esta última categoría donde debemos situar al dolor, al sufrimiento.

El hombre debe, pues, crear valores mientras pueda. Pero no, o no solo, debe atender a una escala de valores prefijada, para de un modo inexorable intentar crearlos; sino que esa escala de valores debe de ser flexible

(78) Citado por P. Laín Entralgo en *Salud y Perfección del hombre*. Gredos. Madrid, 1971.

(79) Cfr. Leriche: *La Chirurgie de la Douleur*. Masson, París, 1940.

(80) Cfr. V. Frankl: "Psicoanálisis y existencialismo", op. cit. Fondo de Cultura Económica. México.

ya que en cada momento de la vida sólo podemos realizar algún valor concreto.

Hay que tener siempre presente el carácter irrepetible de la vida humana, la cual se hace día a día, en cada momento. Si dejamos pasar ese momento, si en ese instante no hemos realizado un valor, entonces la vida pasa vacía, sin ninguna calidad (81).

Pero muchas veces el hombre no puede realizar valores de creación, por circunstancias que se lo impiden, una de las cuales es la enfermedad. Recordemos que con Von Siebeck habíamos señalado que la enfermedad era un trastorno psíquico y físico que impedía la realización del "para qué" de la vida, es decir, que impedía la realización de la vocación, que impedía, añadimos ahora, la realización de valores de creación.

Pero en esa situación la vida no puede quedar vacía, por eso la posibilidad de la realización de valores de actitud, que adquieren su sentido más auténtico con el dolor.

Estos valores se llaman de actitud, porque lo que importa es la actitud que el hombre adopta ante esas situaciones límites. Ante el dolor irremediable, también y más claramente lo hemos de ver ante la muerte, ¿qué puede hacer el hombre? Revelarse angustiosamente, como un animal atrapado, o serenamente aceptar el dolor.

Por esto decimos que el hombre tiene que aprender a sufrir, tiene que aprender de nuevo a aceptar el dolor y ¿qué hace la Sociedad actual y qué hace la Medicina? Repitamos de nuevo la Sociedad y la Medicina existen como si el dolor no existiese o fuese algo totalmente rechazable; por eso si aparece, luchan desesperadamente contra él, se indignan, se irritan y sólo saben combatir con drogas.

De este modo se producen dos situaciones: La capacidad de sufrir va disminuyendo, al punto, de que el hombre empieza a no poder soportar la más mínima contrariedad y frustración. La segunda consecuencia es tener como meta la ataraxia, es decir, la indiferencia ante los problemas de la vida.

Muy acertadamente, la Medicina ha llamado a los fármacos que intentan esto último atarácicos o tranquilizantes, y estos fármacos, ya lo hemos señalado, se consumen en cantidades enormes, pues el hombre de hoy no quiere enfrentarse con el sufrimiento.

(81) No puedo, claro está, detenerme a realizar un adecuado análisis de estas cuestiones. Creo que su estudio puede aclarar aspectos de las neurosis, y por lo tanto tienen una gran utilidad para la práctica médica y especialmente psiquiátrica. El lector interesado puede ver las obras de Frankl y mi trabajo "La fatiga mental". *Med. Esp.* 1960, 259 (5-15).

Julián Marías (82) ha señalado en un bello trabajo que frente a la ataraxia existe la posibilidad de otra actitud que llama alcionismo, es decir, la actitud no de indiferencia frente al dolor, sino una positiva de sosiego, de dominio, actitud que además cuadra con la mejor tradición española.

Pero podemos preguntarnos ¿por qué aprender a sufrir? En primer término porque el sufrimiento no es solamente un "accidente" de la vida sino, ya lo hemos dicho, es un elemento constitutivo de ella. Pero, además, sufrir no significa solamente esforzarse, es también enriquecerse, porque, también lo hemos recordado, es en el dolor donde el hombre adquiere profundidad existencial.

Esta situación y actitud que podemos llamar humanística frente al dolor; este no dejarse atrapar por el mismo sino superarlo, como leemos en Hamlet:

"Pero es más noble sufrir en el alma los golpes y saetas de la suerte, o tomando las armas contra el pliélagos de desgracias, triunfar de ellas al fin..."

esta actitud, en definitiva, es bella y hasta heroica, pero ella misma no da toda la respuesta. Es la actitud de los clásicos griegos, que analizaremos mejor al tratar de la muerte, pero en el fondo encierra una tragedia.

El hombre que domina el dolor, que no se rinde a él nos enseña y patentiza una altura humana, quizás la más elevada; pero el dolor está ahí, atenazando a la presa, ¿qué último sentido puede tener el dolor? Yo pienso, como también hemos visto en relación con la enfermedad, que sólo hay respuesta si acudimos a una antropología cristiana, sólo si hay una visión trascendental, en definitiva, únicamente si hacemos una referencia a Dios.

El dolor, el dolor humano, adquiere entonces su sentido pleno. El hombre acepta la Cruz, como su Cruz. Hay purificación y el dolor se transforma, de ese modo, en Oración.

Ese sufrir sereno del que nos hablaba Azorín, se transforma, decimos, en Oración, en relación con Dios. Oigamos ahora a Machado expresando su inmenso dolor ante la muerte de su esposa:

"Señor, ya me arrancaste lo que yo más quería,
Oye, otra vez, Dios mío, mi corazón clamar
Tu voluntad se hizo, Señor, contra la mía
Señor, ya estamos solos, mi corazón y el mar".

(82) Cfr. Julián Marías. *Ataraxia y alcionismo*. Madrid, 1957.

Sí, solamente hay respuesta al dolor desde una perspectiva Cristiana. Desde ella no hay cabida a la desesperación, ni a la tragedia. No sólo hay aceptación ante la voluntad de Dios, como vemos en Machado; hay creación, pues, como dice el Salmista: *Qui seminat in lacrimis in gaudeo metent* (Ps. 125, 5-6).

VII.—EL PROBLEMA DE LA MUERTE

VII. 1.—*La actitud de la Medicina ante la muerte*

Si recapitulamos sobre lo expuesto en los dos últimos capítulos donde analizábamos la enfermedad y el dolor, resulta claro que mantenemos la tesis anunciada de que la Antropología naturalista no tiene la respuesta, al menos toda la respuesta, a estos problemas, por lo que se precisa de una Antropología personalista y cristiana.

Pero los médicos crasamente naturalistas, pueden sin duda, mantener la opinión de que si bien la Medicina de hoy todavía no ha resuelto todas las enfermedades y si todavía no es capaz de suprimir todos los dolores, sin embargo, el desarrollo de esta Medicina, es decir, sin necesidad de modificar los esquemas conceptuales, hará que se consigan esos resultados en un futuro.

Efectivamente, la Medicina de hoy ha logrado éxitos espléndidos y de este modo ha logrado que desaparecieran muchas enfermedades y se puedan suprimir muchos dolores. Y aunque pueda pensarse por muchos que esa esperanza del dominio total del dolor y la enfermedad es utópica por imposible, ya que siempre habrá, por lo menos, tal como habíamos señalado, angustia ante la posibilidad de enfermar y sufrimiento en la vida del hombre, sin embargo, repetimos que tales médicos, optimistas, pueden seguir creyendo en la técnica y tratarán de desarrollarla al máximo, lo cual es correcto y además ha de traer cualquiera que sea el resultado final, notables beneficios a la humanidad.

Pero, ¿puede mantenerse la misma postura ante la muerte? En principio no parece posible. Si es así, la muerte aparece, entonces, como límite inexorable para la Medicina. Por mucho que la Medicina crezca y se desarrolle, la muerte, al final, ganará la batalla.

Sin embargo, esto que parece obvio, no lo es del todo, pues hay médicos que creen que la Medicina triunfará. Recuerda a este respecto E. Morín, que Carrel y Metalnikoff (83), habían reclamado insistentemente

(83) Cfr. E. Morín: *El hombre y la muerte*. Ed. Kairós, Barcelona, 1974.

la creación en Francia de un Instituto para la "lucha contra la muerte".

La idea es que hay que vencer la vejez, es decir, la vejez achacosa, y aunque esto no es todavía la lucha contra la muerte, ésta se aleja. Metalnikoff que fue autor de "Ensallos optimistas sobre la naturaleza humana", llegó a afirmar que aunque había fijado como "normal" el término de la vida en 150 años, ello no era un límite.

La pregunta que aparece, sin embargo, es la de para qué sirve vivir 150 años si, al final, irremediablemente, llega la muerte. La respuesta es de que vale la pena por esperar una muerte aceptable después de una vida plena y completa: "Estoy satisfecho, lo he probado todo y lo he superado; quiero morir".

Pero, lógicamente, señala Morín, que haber alargado la vida a 150 años, en el fondo late la idea de alargala hasta el infinito, pues, cuando se ha vencido a la vejez una vez, se le puede vencer, una segunda, una tercera, y así sucesivamente.

¿Qué nos sugieren estos buenos deseos del optimista Metalnikoff? A mí, que en él late el deseo humano de la inmortalidad, deseo que hemos de verlo, de alguna manera está presente en la mayoría de las actitudes humanas.

Pero las afirmaciones de Metalnikoff, evidentemente nos hacen sonreír con un poco de melancolía y de ternura. El hombre no parece dispuesto a morir. Ante la muerte el hombre siente el anhelo de inmortalidad. "La muerte es dura, sí, y no hay que alcanzarla antes de sentir en ella un poco de eternidad", ha escrito Rilke.

Anhelo de eternidad. Pero la muerte es inexorable y ante ella, ¿qué podemos hacer? Antes que nada veamos cuál es la actitud de la Medicina de hoy.

The respirator is turned off, se apaga el interruptor del aparato de respirar. Esta frase que aparece en todos los manuscritos y algunas legislaciones norteamericanas (84) marca el final de la vida.

He aquí un profundo cambio en la conducta médica. Desde Hipócrates, el médico se limitaba a observar y a diagnosticar la muerte, pero ahora, al menos en algunas legislaciones que poco a poco se van imponiendo (85), el médico ya no diagnostica meramente, ya no observa sólo la llegada de la muerte, ya no señala el final de la vida, es él quien la fija a su elección.

Esto trae, como decimos, un profundo cambio en las actitudes médicas, pero además marca una nueva y peculiar situación en la relación médico-

(84) Cfr. J. Ziegler, *Los vivos y los muertos*, Siglo XXI. México, 1976.

(85) Cfr. J. Ziegler, *op. cit.*

enfermo. Aparte de los problemas legales que estas situaciones comportan y que seguramente obligarán a definiciones jurídicas precisas y nuevas, ellas ponen de manifiesto un pensamiento y actitud médica, ante la muerte, que yo pienso necesitan de una reflexión.

Por lo pronto, como agudamente apunta Ziegler (86), en la frase anterior que habíamos transcrito, se eluden términos como hombre, vida, enfermo e incluso la temida palabra muerte. Efectivamente, todo es aséptico y limpio como el Hospital mismo; simplemente se apaga el interruptor del aparato de respirar.

Pero para entender mejor la actitud que hay detrás de todo esto, analicemos algunos aspectos de la declaración de Harvard que, repetimos, en general sirve de modelo y empieza a ser aceptada en todos los Hospitales (87).

De los muchos comentarios que pueden hacerse de la declaración total (88), sólo destacaré que en ella se señala el hecho de que el médico simplemente informará a los familiares y amigos del enfermo la decisión que ha tomado de interrumpir el aparato de respirar, ya que ellos no pueden intervenir en tal decisión porque, los familiares y amigos "no saben lo que dicen", pues están llenos de prejuicios y afectados emocionalmente.

Por eso el médico es el único capaz de tomar correctamente esa decisión ya que el médico sabe interpretar los intereses de la Sociedad y sólo él está capacitado para saber "si la vida del enfermo, de ser prolongada, sería una vida útil, digna, por lo tanto de ser salvada o si esta vida no es digna de ser vivida y debe de ser terminada sin demora".

¿Cómo es posible que el médico se arrogue nada menos que la capacidad de decretar sobre la dignidad de la vida?, ¿cómo es posible que crea que es el único que puede decretar si una vida vale o no la pena de que continúe?

Naturalmente que estas sorprendentes afirmaciones, de hecho en la práctica, sólo se aplican en los casos de coma irreversible y de momento no parece que puedan tener graves consecuencias. Pero si nos fijamos no

(86) Cfr. Op. cit.

(87) En el análisis de esta cuestión seguimos en lo principal a Ziegler, op. cit.

(88) En la declaración se señala que la decisión la tomen por lo menos tres médicos, "para evitar posibles responsabilidades". Esta actitud, es desgraciadamente muy frecuente. Parece lógico que los profesionales de cualquier tipo y actividad tiendan a "defenderse". Pero con demasiada frecuencia asistimos en Medicina a "defensas" de los médicos, y pocas "defensas" de los enfermos. Por ejemplo, puede leerse en el artículo 56, del Anteproyecto del Código Deontológico médico, en discusión actualmente, normas que "obligan" a los médicos a defenderse y no atacarse injustamente, lo cual es lógico, pero no hay ninguna norma que "obligue" al médico a denunciar al colega que tiene una acción impropia por incompetencia o mala fe.

es así, ya que el principio se ha establecido y la acción del médico puede extenderse a otras situaciones.

Por lo pronto, lo que esas afirmaciones revelan es que para los médicos, el paciente que no puede comunicarse, deja de ser persona; es, simplemente, un cuerpo mudo. El médico niega a los familiares y a los amigos —es decir, los lazos personales— capacidad de tomar decisiones por él.

Por este mismo planteamiento el médico se siente capacitado para “disponer” de los llamados *staff-patients*, pacientes que carecen de familia y de los pacientes DOA (*Death on arrival*) que llegan al Hospital sin poder comunicarse y que han realizado un intento de suicidio.

Respecto a los primeros, el médico, niega las posibles relaciones que el paciente previamente ha establecido con enfermeras, cuidadoras, etc. Respecto a los segundos, interpreta gratuitamente que porque el enfermo ha realizado un intento de suicidio quiere realmente morir, rechazando una gran cantidad de información acumulada en el sentido contrario de que aunque sea una conducta suicida muchos, y aún la mayoría, en el último momento, rechazan la muerte.

Lo que a mi juicio revelan estas actitudes es que, como decía, se niega a estos enfermos el carácter de persona y al contemplarlos, el médico, sólo ve un cuerpo, no a un hombre entero. La tesis naturalista está en primer plano. ¡Qué lejos lejos estamos de la muerte personal que Rilke pedía para todos los hombres! :

“Señor, concede a cada uno su propia muerte
Una muerte brotada en verdad de esta vida
donde encontró el amor un sentido y la angustia”

Aunque, como antes decíamos, por ahora en la práctica, no parece que las conductas puedan ser peligrosas, de hecho lo son por los principios en que se apoyan.

Si el médico es el único capacitado para determinar la dignidad de la vida y si el punto de vista que defiende es el del puro naturalismo, parece lógico que no se detenga ante el enfermo incurable, el demente y el oligofrénico profundo ¿qué valor, qué utilidad, pueden tener esas vidas, vista únicamente, desde el costado puramente natural?

De momento, la Organización del Hospital está atenta solamente a cuidar el cuerpo del hombre, pero no al hombre como persona y por eso, en el Hospital hay ceguera para la muerte personal. M. J. Crant (89), ha escrito: “Los clínicos del Hospital tratan al enfermo grave como si estu-

(89) Cfr. J. Ziegler, op. cit. pág. 207.

viera totalmente separado de la ecología humana. La investigación más avanzada, admirable, del saber biológico, impide radicalmente en el clínico la búsqueda de un saber existencial o simbólico. El paciente está desde entonces privado de su humanidad singular”.

La muerte es vista como el fin de un proceso biológico pero no como un acontecimiento humano. También aquí, como habíamos dicho, en la primera parte de esta lección, al moribundo se le impone silencio. Sus deseos personales, en el acto supremo de la vida, no cuentan. Veamos tres testimonios de pacientes que murieron en un Hospital, que tomamos del referido trabajo de Ziegler:

1.—Una anciana de 78 años pidió insistentemente a sus médicos que la dejaran morir. Quería morir, decía, de una muerte “natural”. Por el contrario los médicos la “obligaron” a una prolongada agonía al mantener su vida con diferentes técnicas y aparatos. La familia de esta enferma pregunta que si la ley respeta el testamento de una persona, es decir, sus deseos, la moral médica, ¿tiene derecho a ignorar la voluntad de una persona en su agonía?

2.—Una mujer de 80 años, muere sola a pesar de las repetidas solicitudes de ella y de su hija, porque así lo quiso el reglamento del Hospital. Solamente podía ser visitada durante un breve tiempo a una hora concreta; pero la anciana no murió en ese período. La hija, dolorida, comenta: “En el universo tan suntuosamente organizado (es decir, el Hospital), la muerte no está considerada como un asunto de familia, sino únicamente como un problema médico”.

3.—Una enfermera en sus últimos momentos relata su experiencia, con el deseo y la esperanza de que el *Staff* modifique en el futuro su conducta: “Para ustedes, escribe, la muerte forma parte de la rutina, para mí es nueva y única... Tengo muchas cosas que decirles. No les tomará mucho tiempo hablar conmigo. Ah, si supiéramos ser honestos y admitir nuestras angustias, tanto de uno como de otro lado; si pudiéramos tocarnos... Si tuvieran a bien escucharme y compartir lo que me queda de vida, y si hasta lloraran conmigo, ¿perderían su integridad profesional?, ¿no pueden existir en un hospital las relaciones de persona a persona? Sería de tal manera más fácil morir... en el hospital... rodeada de amigos”.

Tres experiencias que ponen, claramente, de manifiesto, las actitudes de la Medicina ante la muerte, que pueden ser reducidas a una: La negación al moribundo de su condición de persona, o lo que es lo mismo, la visión puramente naturalista. La única capacidad de ver el cuerpo de un hombre.

La Medicina parece ignorar que la muerte es algo privativo del hom-

bre. Los animales terminan, los Dioses son inmortales, solamente el hombre muere. Pero la muerte del hombre no es un hecho objetivo, impersonal, es *mi* muerte, *tu* muerte. Pero, repetimos, la Medicina solamente sabe atender a ese final de la vida corporal. Resulta curioso que del contacto cotidiano con la muerte no halla podido aprender el médico a ayudar a morir. Ortega y Gasset (90) escribió, certeramente, que "después de dos siglos de huir de la muerte, hace falta fomentar el arte de morir".

VII. 2.—*Intentos actuales de la Medicina para enfrentarse con la muerte personal.*

¿Está la Medicina preparada para ayudar a morir al hombre? Yo creo que no lo está, por varias razones. Una es el repetido naturalismo que le produce ceguera para ayudar a la muerte personal. Otra es de origen psicológico y es el que la muerte representa el fracaso de la Medicina y, por eso, prefiere ignorarla. La tercera, por fin, y ésta me parece fundamental, es que ante el fenómeno de la muerte, ¿qué podemos decirle al enfermo?, ¿qué sentido tiene o puede tener morir?

Esta última pregunta, parece fundamental. Es cierto que la respuesta no es exclusiva de la Medicina. Es del hombre, de todos los hombres, de todos nosotros, de la Sociedad a la que pertenecemos.

Pero entiendo que si el médico quiere, por fin, ayudar a sus enfermos a morir, quiere enseñarles el "arte de morir", debe por lo menos conocer las respuestas que el hombre, al menos el de nuestra cultura, ha dado ante el fenómeno de la muerte.

Antes, sin embargo, de esta reflexión, señalaremos que la Medicina, aunque no por parte de los médicos, pero sí de las enfermeras, ha empezado a concienciar que ayudar al moribundo a morir empieza a ser tarea de la Medicina. Empieza a darse cuenta que debemos detenernos junto al moribundo y no ignorarlo como hasta ahora, pasando de largo al llegar a su puerta, diciendo simplemente ¡ya no hay nada que hacer!

En el momento actual en los Estados Unidos de un modo claro y hasta violento, y tímidamente en algún país de Europa, se ha iniciado un movimiento contra la Medicina actual y contra los médicos por parte de las enfermeras.

Frente a la jerarquización tradicional de la Medicina, la enfermera empieza a tomar conciencia de su identidad, de su papel fundamental

(90) Cfr. J. Ortega y Gasset, Obras completas. Tomo II. Revista de Occidente. Madrid, 1946.

en el cuidado de los enfermos, especialmente de los graves y, sobre todo, de los moribundos.

La intención de las enfermeras es ofrecer a los enfermos cuidados personalizados y de manera especial a "hacer de la muerte una experiencia personal para el enfermo" (J. Q. Beloniel, (91).

La situación, sin embargo, no se presenta fácil para estas enfermeras, ya que tienen que vencer el sistema actual. La enfermera pretende, con razón, que ella tiene un conocimiento existencial superior y más útil que el sistema cognoscitivo del médico.

Lo usual en los grandes hospitales es que sea precisamente la enfermera quien entra en contacto personal con el enfermo. Es ella quien verdaderamente lo cuida; es a ella a quien se dirige el enfermo; es ella quien el moribundo quiere tener cerca.

Pero el médico empieza a concienciar esta situación y, temiendo la primacía de la enfermera, el posible papel rector en el cuidado de los enfermos, temiendo pasar a ser un mero colaborador técnico de la enfermera, insiste, erróneamente, que la enfermera es solamente su ayudante y, apoyándose en su prestigio y *status* social, le niega información y le ordena disciplina.

Aunque todavía no verbalizado de un modo claro, parece evidente que la enfermera, como hemos apuntado, reclame para ella el papel rector en el cuidado de los enfermos graves. Yo, personalmente, creo que el cuidado de los enfermos debería estar dirigido por enfermeras, siendo el médico un colaborador, un colaborador técnico, que informa a la enfermera del diagnóstico, expectativas de vida, etc.

La enfermera, empieza, pues, a estar consciente de su papel primordial. "Deberíamos comenzar por determinar, escribe una de ellas M. Moore, y exponer... que para nosotras, enfermeras, el bienestar del enfermo (biológico, psicológico, etc.) es el centro, el objetivo primordial de nuestra profesión" y reconocen que cara a la muerte, sin embargo, tienen aún mucho que aprender para ayudar al enfermo; pero están preparándose para ello.

Ruth Assele (92), otra enfermera, señala que las enfermeras deben darse cuenta "de la necesidad de hablar con el paciente de su muerte" ... "para la enfermera creyente, añade, su papel no es convertirlo (al enfermo), sino estar disponible para responder a preguntas respecto a Dios y el más allá".

¡Qué bello programa! Por fin, en medio de tanta asepsia, de paredes

(91) Cfr. Ziegler, op. cit. pág. 219.

(92) Cfr. op. cit. pág. 221.

blancas, silenciosas, pasos sigilosos, murmullos en los pasillos, para no molestar al enfermo, para que no se asuste, para que no sepa que va a morir; unas mujeres, valientes, concededoras de que la muerte es el hecho supremo de la vida, entran decididamente en la habitación del enfermo, le toman la mano y quedan a su lado. Quieren ayudarlo, quieren enseñarle, como decía Ortega, el "arte de morir".

Pero, ¿podrán hacerlo?, ¿sabrán, a pesar de sus buenos deseos, ayudar a sus pacientes?, ¿podrán contestar a sus preguntas? Parece lógico que para ello, médicos, enfermeras y enfermos, es decir todos, conozcamos las actitudes y respuestas que nuestra cultura ha dado al inexorable hecho de morir. Pero antes, podemos preguntarnos, de hecho, ¿cómo aceptan los moribundos la muerte?

En realidad los técnicos en Medicina, es decir médicos, enfermeras y cuidadores, conocen mal el problema. Hasta hoy, la conducta habitual era la de no enfrentarse con él. Ya hemos visto, como ejemplo, tres testimonios sobre esta cuestión que ponen de manifiesto cómo la Medicina ha eludido el problema.

Sin embargo, especialmente por la conciencia de las enfermeras de que no pueden abandonar a los moribundos, empieza a tenerse alguna información respecto a las reacciones de los pacientes ante el fenómeno de la muerte (94).

E. Klüber-Ross (94), describe cinco fases, en el enfermo canceroso, que sin duda es el prototipo del enfermo desahuciado:

1.—Rechazo de la verdad y aislamiento. El enfermo no acepta el diagnóstico de cáncer y recurre a distintos mecanismos de defensa, tales como pensar que no ha sido bien estudiado; que posiblemente el médico se ha equivocado, etc.

2.—Fase de "irritación". El paciente está irascible. Acusa a todo el mundo de atenderlo mal, de no cuidarlo adecuadamente. En definitiva, considera su suerte injusta e innecesaria.

3.—Fase de negociación. Representa la primera confrontación con la realidad. El paciente parece pactar con Dios y con los médicos: "Seré bueno y haré lo que me mandéis, si me prometeis la curación o, al menos, una supervivencia larga".

4.—Fase depresiva. Esta fase puede aparecer al principio. El paciente

(93) Como decimos empieza a haber bastante información. Puede consultarse E. Klüber-Ross: *On death and Dying*, McMillan, Londres, 1969; y J. Hinton, *Approachin death in Modern trends in Psychosomatic Medicine*, Butterworths, London, 1976.

(94) Op. cit.

entra en una grave postración y, en ocasiones, es precisamente, el momento anterior de la muerte.

5.—Fase de aceptación pacífica y digna. El paciente acepta la situación, acepta su muerte y, con serenidad, se enfrenta con su destino y el más Allá.

Desgraciadamente muy pocos llegan a esta última fase. Muchos, la mayoría, se detienen en alguna fase anterior; se irritan, se revelan, se deprimen. Otros, simplemente, se resignan, y aunque se han alejado de las irritaciones y la depresión, parecen más desilusionados que apacibles. Sólo unos pocos, repetimos, llegan a la serena aceptación de la muerte.

¿Qué quiere decir todo esto? Yo creo que estas actitudes de los moribundos son un claro reflejo de las ideas que dominan en nuestra cultura. No nos han enseñado a morir. Nos enseñan a vivir de espaldas a la muerte. Por estas razones, el Médico y la enfermera deben prepararse, debe aprender a enseñar a los enfermos a morir. Creo, por lo tanto, que es importante una reflexión previa. La pregunta ahora es, ¿cómo se ha planteado nuestra cultura el problema de la muerte?, ¿qué respuestas hay ante el inexorable hecho de morir?

VII. 3.—*Actitudes de la Cultura Occidental ante la Muerte*

Por cuanto pertenecemos a la Cultura Occidental y por cuanto repetimos sus esquemas, parece lógico que intentemos una aproximación a las actitudes que nuestra cultura ha adoptado ante la muerte.

Naturalmente, el tema es extenso y profundo y evidentemente carezco de preparación suficiente y, en este momento, de tiempo, para un análisis total de este problema. Simplemente realizaré una aproximación. Estudiaré esquemas y actitudes que nos parecen básicos, tomados de la literatura, la filosofía y de pensadores claves. Ellos nos han de ayudar a comprender, creemos, cómo el Occidente ha visto a la muerte.

Empecemos por analizar qué es la muerte para los literatos clásicos, modernos y románticos, es decir, los escritores que pueden adscribirse a uno u otro movimiento pero que han existido y escrito después del cristianismo.

Comencemos por el clasicismo moderno. ¿Qué actitud tiene ante la muerte? La mayoría de ellos eluden el problema. Su único afán, su única preocupación es la de conquistar la vida.

Ch Moeller (95), a quien seguiremos en esta breve indagación por la literatura, toma como modelos del clasicismo moderno a Mogtaine y a

(95) En el análisis de la literatura clásica y romántica seguiremos a Ch. Moeller: *Humanismo y sanidad*. Ed. Juventud, Barcelona, 1960.

Goethe. Ambos pasaron del romanticismo al clasicismo, y por eso, en ellos se aprecia mejor el contraste y la esencia de la mentalidad clásica.

Si bien el Montaigne romántico, el joven, vivió obsesionado con la muerte, a partir de 1588 prefiere amar la vida y "distraerse", escribe, respecto del dolor y de la muerte. Y, ¿cómo hay que vivir?: "Sinceridad, lealtad, bondad, respeto al orden establecido, respeto a la conciencia, libertad y claridad en la búsqueda de lo verdadero" (96), he ahí el mensaje de Montaigne; he ahí los valores que el hombre debe tratar de poseer.

Goethe, sufrió una evolución parecida y, si en los primeros años quiso "poseer la naturaleza", en la madurez pasa a la conquista de la Sabiduría. Lo que interesa es lo humano en su pureza, *Das rein Menslichees*, y el ideal es trabajar para llegar a ser precisamente lo que uno es.

Serenidad, equilibrio, renuncia a lo infinito y a lo heroico. El ideal es la Sabiduría, que se obtiene al encontrarse a sí mismo, lo cual es un trabajo duro que necesita esfuerzo.

Los esquemas de Goethe han influido notablemente en la antropología personalista y en la psicoterapia de orientación antropológica. Recordemos que lo que en ella importa, es que el enfermo llegue a ser un hombre auténtico; esquema que reproducirán también los existencialistas.

Pero esta conquista de sí mismo, este bello ideal, ¿qué solución trae al problema de la muerte? Solamente, en el mejor de los casos, aceptarla sin demasiadas angustias y estridencias, aceptarla con serenidad. En realidad tales planteamientos no ofrecen respuesta alguna, pues estas tesis nos enseñan, como decía Montaigne, a vivir de "espaldas" al dolor y a la muerte.

Pero el dolor y la muerte están ahí y el hombre quiere una respuesta. Quizás, por eso, para el hombre completo, estos planteamientos son parciales, y por eso junto a la aspiración a la serenidad y la Sabiduría surge la necesidad de lo Heroico. El hombre quiere ser sabio, pero héroe también. Y este segundo ingrediente de la vida ha sido la principal respuesta de los Románticos.

Rousseau y Nietzsche, que Ch. Moeller propone como modelos, no quieren, como Goethe, ser meramente hombres, aspiran a lo absoluto, quieren ser como dioses. Y frente a la razón clásica, ambos recurren a lo irracional; a la sensibilidad y el ensueño Rousseau y a la exaltación de la voluntad de poder Nietzsche. Dos actitudes que también serán recogidas por la Psiquiatría: el Psicoanálisis de Freud y la Psicología profunda de Adler, respectivamente.

(96) Cfr. op. cit.

Lo importante, la meta, es la conquista de lo Absoluto. La necesidad de *serlo todo*, dice Rousseau; la necesidad de ser como Dios, *un superhombre*, enseña Nietzsche.

Rousseau señala que hay que acudir al propio yo y rechazar todo lo que reprime su espontaneidad, así, por ejemplo, la Sociedad porque "lo bueno, lo que es moral, es lo espontáneo". Así también, la Razón, porque la Razón me mata; dice Rousseau, "quisiera estar loco para estar sano".

En Rousseau no hay transcendencia, hay un intento de desarrollar al hombre, aunque hay un anhelo de infinito, pero esto se cumple plenamente con Nietzsche. Aunque hay que partir del hombre, enseña este último, el hombre debe de ser anonadado, hay que superar al hombre. Sólo hay una alternativa: Hacerse como Dios o caer más bajo que el hombre.

Hay que llegar al Superhombre, por medio de la voluntad de poder, pero esto sólo es posible si se parte de un valor, *el cuerpo sano*.

He aquí el mensaje del Romanticismo, la tendencia a lo Absoluto, el intento de ser Dios. Pero también aquí se elimina el problema de la muerte, porque los dioses son inmortales.

En el momento actual, en la Sociedad de hoy, pero también en Medicina y, de modo claro en Psiquiatría, tenemos estos dos esquemas, clásicos y románticos, aunque no se den de forma pura y aislada. Por eso la Sociedad y la Medicina actual, aún la humanística, sólo saben desarrollar aspectos relacionados con la vida, con la salud corporal, pero por eso también, carecen de respuesta ante la muerte.

Dios ha sido ignorado o vencido, por esta razón hay que buscar la solución en el Hombre. Los clásicos modernos en la Sabiduría, los Románticos en lo Absoluto. Pero lo primero parece estrecho para los anhelos del hombre y lo segundo demasiado vasto. Los clásicos se quedan demasiado acá, no quieren tratar con la muerte. Los románticos demasiado al otro lado, pero no se enfrentan con la muerte, la eluden. Sin embargo, los románticos, dice Ch. Moeller, han dado carta de ciudadanía a los sentimientos religiosos, "porque la tendencia profunda del alma romántica, la aspiración a lo absoluto mediante la huida del mundo comparte una de las ideas fundamentales de todas las religiones, el deseo de unión mística con Dios" (97).

Pero aquí, en el Romanticismo, se confunde la tendencia a lo infinito, con lo infinito mismo, y, no es el hombre, enseña el cristianismo, el que se remonta a Dios, sino Dios quien desciende al hombre y, por eso, en el cristianismo se encuentra la respuesta al dolor y a la muerte.

(97) Cfr. op. cit. pág. 162.

Pero antes podemos preguntarnos por la respuesta no cristiana de nuestra cultura, es decir, la actitud de los clásicos antiguos ante la muerte.

Si tomamos los modelos clásico y romántico que hemos comentado, los héroes antiguos no son esencialmente clásicos o románticos, en ellos hay equilibrio. Ellos viven obsesionados con la muerte, pero no la eluden, no viven a espaldas de ella, ni se engañan con una falsa inmortalidad. Los héroes antiguos están conscientes de que la muerte es el fin, de que no escaparán a su destino, pero libremente eligen la acción gloriosa, porque ello es hermoso.

He aquí la tragedia. Buscan elegantemente lo bello, lo heroico, pero saben que no hay compensación en el más allá. Por eso nos conmueven sus héroes, por eso nos producen una inmensa piedad. Oigamos, por ejemplo, a Antígona, sin duda uno de los personajes más impresionantes, que sufre, nos dice ella misma "por haber practicado la piedad".

"Vedme, ciudadanos de la tierra paterna, recorrer mi postrer camino y contemplando por última vez el esplendor de Helios: jamás volveré a verlo. El Hades que adormece a todos los seres me conduce viva a orillas de Acronte, sin que nadie entone en mi honor los cantos de Himeneo, ni me acoja ningún himno en la puerta nupcial... Ved como, sin ser llorada por mis amigos... me dirijo al montón de piedras que será mi sepultura".

Ante el destino, ante el abandono y la ira de los dioses, la única solución es volverse a uno mismo, es decir, es llegar a ser plenamente hombre. El héroe clásico "escoge como bien inalienable, que nadie puede arrebatarte, *lo más grande que hay en el hombre, lo más puro que en él alienta: la aceptación heroica de su destino*" (99).

El héroe antiguo, a mi modo de ver, se nos aparece superior al clásico moderno y al romántico, pues no elude el problema de la muerte, no lucha ni se irrita contra los dioses. Acepta su destino del modo más hermoso que un hombre puede alcanzar. Pero tampoco el héroe clásico encuentra un sentido, una respuesta al hecho inexorable de morir.

Quizás con estos tres modelos tenemos todas las respuestas posibles de la cultura occidental a la muerte, cuando el planteamiento es únicamente humanístico, es decir, cuando se ha eliminado la transcendencia. Sin embargo quisiera brevemente, comentar dos movimientos que en nuestro siglo han tenido y tienen una notable influencia. Me refiero a la Filosofía existencial y al marxismo.

(98) Cfr. op. cit. pág. 67.

El movimiento existencial supone, entre otras cosas, un enfrentamiento y una clara toma de postura frente a la muerte. Es, quizás, el movimiento filosófico en que el hecho de morir tiene una significación mayor.

Antes de la filosofía existencial, la muerte se definía en términos de vida. Así la muerte era el final de la vida. La filosofía existencial invierte la situación, la vida se define en términos de muerte. "El *Dasein* es un ser para la muerte".

Muy escuetamente puede decirse que tres han sido las respuestas que la filosofía existencial ha dado a la muerte (99):

1.—La consideración de la muerte, no como término de la vida, pues hay un planteamiento transcendentalista. Así lo vemos en Jaspers y fundamentalmente en Marcel.

2.—La muerte significa un absurdo. Esta es la respuesta al análisis del problema de la muerte que, como en tantos otros, da Sartre.

3.—La muerte es, precisamente, lo que da sentido a la vida. Lo que hace que se exista y se comprenda la existencia. Tal es la conclusión de Heidegger.

Si dejamos para más adelante la solución transcendentalista, que cuadra con las ideas cristianas y abandonamos la tesis desarrollada por Sartre; que como señala Ruiz de la Peña, puede condensarse en una de sus máximas: "todo lo que existe nace sin razón, se prolonga por debilidad y muere por tropiezo" (100), pues pocas soluciones positivas puede ofrecer-nos a nuestras preguntas, resulta claro que es la filosofía de Heidegger la que se ha enfrentado más radicalmente con el problema de la muerte.

Sin embargo no realizaremos un análisis de la filosofía de este autor, que, por otro lado, ha tenido una notable influencia en la Psicoterapia de orientación antropológica, por evidente falta de tiempo, sino que nos limitaremos a unas afirmaciones que se desprenden de la interpretación de la filosofía de Heidegger:

1.—La muerte no es un hecho negativo. Es el elemento básico para la comprensión del *Dasein* y del ser en general.

2.—El hombre es un ser-para-la-muerte, *Sein zum Tode*. Esto significa que perece todo el hombre. De ahí la angustia ante la muerte. Pero además la muerte no es meramente el final de la vida, ella se vive anticipadamente, obliga al *Dasein* a autoasumirse y dar una respuesta.

3.—El poder de la muerte sobre el *Dasein*, da al morir humano una

(99) La literatura sobre Filosofía existencial es, naturalmente, muy extensa. Un estudio centrado sobre la muerte, donde se analizan los filósofos existencialistas puede verse en J. L. Ruiz de la Peña: *El hombre y la muerte*, Ed. Aldecoa, 1971.

(100) Op. cit. pgá. 94.

originalidad específica, singular, que lo distingue del simple fin de los demás seres vivos.

De esta última situación, de "este poder de la muerte" sobre el *Dasein* "deriva la imprescindible obligación en que el *Dasein* se encuentra de asumir (a la muerte) libre y resueltamente, so pena de fracasar en hacer auténtica su existencia: la muerte es una posibilidad privilegiada" (101).

¿Qué nos enseña Heidegger?, ¿cuál es su respuesta ante el hecho de morir? A mi modo de ver Heidegger reproduce los esquemas clásicos antiguos. El *Dasein* es un ser-para-la-muerte, la muerte es personal e irrepetible. Si queremos una vida auténtica, tenemos que tener una muerte auténtica, ya que la muerte se presentiza durante la vida. Si no elegimos, si no morimos nuestra propia muerte no somos auténticos, nos refugiamos en lo inauténtico, lo impersonal, en el *man* de la existencia.

Otra vez aparece el reto que aceptaron los heroes griegos. La única solución está en escoger una muerte digna, bella y heroica. Así lo ha visto también Ortega y Gasset, quien lo ha expresado con su inigualable gracejo: "El valor supremo de la vida... consiste en perderla a tiempo y con gracia" (102).

La muerte nos da, pues, la posibilidad de una respuesta auténtica, pero ahí termina todo. Mi vida, que puede ser bella o heroica, irremediablemente termina al morir. Otra vez, en primer plano, aparece la tragedia. Pero esto contradice el anhelo humano de la supervivencia, por eso, lo hemos visto, los desesperados intentos de los clásicos modernos y los románticos, ya que, como leemos en Hamlet: "Todo lo vivo debe morir, cruzando por la vida hacia la eternidad". He ahí el más íntimo deseo humano. ¿Pero todo quedará en eso, en un puro deseo?

Antes de intentar otras respuestas, no humanísticas, veamos el planteamiento de Marx (103). Toda la obra de Marx, al menos del Marx de sus primeros escritos, del Marx apasionado y joven, es un bello mensaje, liberador del hombre. Hay que humanizar al hombre, pero para conseguir esta humanización se precisa que paralelamente se realice una humanización del mundo, especialmente una humanización de la Sociedad.

Para que el hombre pueda autorrealizarse, se precisa de una acción mutua de, diríamos, estímulos estimulantes, los cuales producen la relación interhumana. He aquí un revelador y bello pasaje de Marx: "Si amas sin despertar amor; esto es, si tu amor en cuanto amor no produce un

(101) Op. cit. pág. 89.

(102) J. Ortega y Gasset, op. cit. pág. 423.

(103) También la literatura sobre Marx es abundantísima, y posiblemente en los últimos tiempos ha crecido considerablemente. Un análisis de este autor puede verse en M. Benzo: "El sentido de la vida". B.A.C. Madrid, 1975.

amor recíproco; si mediante una exteriorización vital, como hombre amante no te conviertes en hombre amado, tu amor es impotente, una desgracia" (104).

Marx denuncia todo aquello que lleva a deshumanizar al hombre, a cosificarlo. El nos propone una moral: destacar, desarrollar valores espirituales: verdad, belleza, bien, etc., pero si todo esto se comparte con otro. "El hombre, escribe, sólo puede conquistar la felicidad y perfección auténticas cuando asocia su propia felicidad y perfección con la de los otros" (105).

Naturalmente que el pensamiento de Marx es más profundo, pero quizás lo expuesto sea suficiente para entender, al menos, parte de su lección: Hay que liberar al hombre, hacerlo más hombre, es decir, más humano y, frente a la individualidad, por ejemplo de Freud, en Marx alienta siempre la liberación en común de todos los hombres.

Hay aquí una lección para la vida, pero ¿qué respuesta ofrece Marx para la muerte? Ninguna. Es curioso que Marx, que amó tanto la vida, que quiso apasionadamente liberar al hombre, elude, sistemáticamente, el problema de la muerte. Como señala Morín (106), Marx dejó al margen la muerte, como cosa fuera del alcance de la "energía del hombre". Fundamentalmente por dos razones: Porque todo problema inaccesible a la práctica es insoluble; por lo tanto es un falso problema y, en segundo lugar, porque "la praxis en sí misma y singularmente la praxis revolucionaria, contiene en ella las participaciones biológicas, cívicas, culturales y filosóficas que rechazan la muerte" (107).

Otra vez queda sin respuesta el hecho de morir. Otra vez, como los clásicos modernos y los románticos, se elude, simplemente, el problema, pero esta vez, por lo menos, de un modo consciente, porque Marx ha escrito: "La humanidad sólo se plantea problemas que puede resolver" (108).

La Filosofía existencial, el marxismo, no saben resolver, no tienen contestación, ante el hecho de morir. No han sabido mejorar los planteamientos más antiguos que antes hemos comentado.

Parece que sólo quedan dos alternativas: la actitud heroica, pero sin sentido, es decir, la tragedia; o eludir el problema y hacer solamente planteamientos para la vida. Pero, mientras tanto, los hombres mueren y, en el Hospital, el moribundo pregunta, quiere una respuesta, quiere dialogar sobre su propia muerte. Y, quizás por todo esto, los médicos, porque

(104) Op. cit. pág. 52.

(105) Op. cit. pág. 61.

(106) Cfr. E. Morín: "El hombre y la muerte", op. cit.

(107) Op. cit. pág. 328.

(108) Op. cit. pág. 329.

reproducen los esquemas de nuestra cultura, no tienen respuesta y pasan presurosos por delante de la puerta cerrada de los moribundos ¡No quieren verlos morir!

VII. 4.—*La respuesta judeo-cristiana. La solución ante el hecho de la muerte*

Posiblemente este tremendo fracaso de nuestra cultura, que muy esquemática y precipitadamente, hemos hecho, para dar respuesta al hecho de morir, se debe a que solamente hemos podido o querido desarrollar uno de los ingredientes básicos de ella, su origen griego.

Herederos de la cultura griega, poco hemos sabido mejorarla y, por eso tanto la actitud clásica como la romántica en su esencia no han añadido nada fundamental y distinto, y en muchos aspectos, especialmente ante la muerte, la han empobrecido. Pero no sólo nuestra cultura es heredera de la griega, también lo es de la judeo-cristiana y ella sí ha sabido responder al problema de la muerte.

Superando a la pura visión naturalista del hombre, el humanismo personalista ciertamente lo libera, pero no puede llegar a darle respuesta, tal como hemos visto, a los problemas básicos de la existencia, esto es, la enfermedad, el dolor y la muerte. Sólo la tradición judeo-cristiana tiene la respuesta.

La Filosofía existencial ha destacado el hecho de la temporalización del hombre. El hombre es tiempo, es temporalidad. Es decir, nuestra existencia está haciéndose permanentemente en cada momento.

Lo que esto significa es que solamente podemos vivir el presente, pero proyectándonos hacia el futuro y, este futuro que vamos en cada instante construyendo, significa que nuestra existencia está siempre en juego y que, por lo tanto, hay que elegir, en cada momento, la respuesta.

Pero, además, no todos los existencialistas ven en la muerte el final fatal de la existencia. Algunos han destacado que el hombre no es un ser-para-la-muerte, o sólo lo es, decimos con Alberca (109), si esta muerte "implica apertura a la Eternidad, que el hombre más que un ser para la muerte, es un ser para más allá de la muerte".

Tres rasgos, por lo tanto, pueden ser destacados: El carácter temporal y caminante de la existencia humana; la necesidad de decidir en cada momento y, finalmente, la transcendencia, en alemán *übersteig*, literalmente saltar; esto es, saltando sobre la muerte proyectarse en la Eternidad.

(109) R. Alberca: "El hombre y lo humano en la Medicina contemporánea".

Estos aspectos de la filosofía existencial, que claro está, no podemos analizar cabalmente, adquieren su pleno sentido a la luz de los rasgos esenciales del judaísmo. Basándonos en las tesis de Víctor Maag y de Martín Buber (110), por un lado y por otro en la de Bultman (111) podemos decir que la Religión judía se caracteriza por dos rasgos esenciales: el carácter *peregrino* y la visión esencial del hombre como *voluntad*.

El carácter peregrino es uno de los aspectos que distingue a la Religión judía de las demás. Dios es el Dios de la promesa. En todas las religiones se santifica el lugar en que Dios habla o se presenta al hombre. En la judía, sin embargo, no es el lugar de aparición de Dios lo importante, es sólo el mensaje de esperanza.

Ha sido el carácter nómada del primitivo pueblo judío lo que ha motivado una nueva y distinta visión de Dios. Frente al Dios estático de todas las religiones, el Dios de los nómadas es el Dios de la promesa. Acompaña al hombre en su camino. "El Dios transmigrador de los nómadas... no está atado a ningún territorio ni a ningún lugar. Peregrina con los nómadas; está siempre en camino" (112).

La existencia se entiende, pues, como historia. La vida es comprendida como peregrinaje. Peregrinar es estar en camino y lo que importa es la promesa de Dios. Peregrinar es, decimos, estar en camino con Esperanza.

Toda la historia de la Religión de Israel, hasta Cristo, es la historia de esta Esperanza, de llegar a la "tierra prometida". "Deja tu tierra, tu familia y ponte en camino hacia mi tierra que yo te daré", le dijo Dios a Abraham.

Pero, por eso Dios es visto por los judíos, de modo distinto a otras religiones. Para ellos Dios es, esencialmente, Voluntad. Conocer a Dios es hacer su voluntad.

Si comprendemos lo dicho, advertiremos que el hombre bíblico es *temporal e histórico*, pero no, con un mero *presente*, como enseña la filosofía existencialista, tiene verdadero pasado y verdadero futuro, pues no es el hombre quien decide el futuro sino Dios.

La voluntad que también es el hombre, consiste en ese hacer la voluntad de Dios. Esta voluntad, está implícita en la temporalidad. La voluntad se proyecta en unas decisiones que, por definición, son siempre nuevas, y naturalmente siempre con riesgo; es decir, sólo puedo actuar, realizar esa voluntad, con *confianza* y aquí, por lo tanto, se me plantea la única y total posibilidad del encuentro con el Otro.

(110) Un análisis de estos teólogos puede verse en M. Benzo, *Sobre el sentido de la vida*, op. cit.

(111) Véase A. Malet, *Bultman*, Ed. Fontanella, Barcelona, 1970.

(112) Cfr. M. Benzo, *Sobre el sentido de la vida*, op. cit.

Pero además, este riesgo de la acción, es necesario si pretendo encontrarme con el Otro; es decir, tengo que renunciar a la seguridad, debo *decidirme*.

El hombre bíblico, es pues, voluntad y acto. En cada acto me entrego al Otro, me realizo, pero como una totalidad. Totalidad en un doble sentido, la de ser todo el hombre lo que está en juego, y totalidad de hacerlo sin reservas. No hay aquí, medias tintas, "quien no está conmigo, está contra mí" (Mt. 12.30).

Esta *decisión* significa la total, la máxima, la única libertad auténtica. No es una libertad de elección, no significa, la libertad de ir construyendo un bello ideal, es la libertad de la elección suprema. Por eso, es en la muerte, donde la libertad adquiere su máxima posibilidad de realización.

He aquí, pues, la respuesta. La muerte significa la realización máxima del hombre, el inicio de otra vida, porque en esa decisión última el hombre alcanza la "tierra prometida".

Esta visión judía ha sido completada por el Cristianismo; la muerte aparece, como la ganancia total, "Mihi enim vivere Christus est, et mori lucrum" ("que para mí la vida es Cristo y la muerte ganancia") (Fhil, 1-21), porque detrás de la muerte está la esperanza de la Resurrección.

Muy agudamente supo verlo Ortega y Gasset (113): "Para ascender a sí mismo, ha escrito, para ser fiel a sí mismo, necesito volcarme íntegro en la muerte. Siempre en la voluntad de morir se busca una resurrección".

Resucitar, he ahí, la última y plena Esperanza. He ahí, la respuesta y el triunfo supremo sobre la muerte. He ahí la respuesta cristiana: con la resurrección con Cristo, vencemos la muerte.

"La muerte ha sido sorbida por la victoria. ¿Dónde está, muerte, tu victoria? ¿Dónde está, muerte, tu aguijón?" (1 Cor., 15-55).

Señoras y señores, después de esta larga reflexión, sobre temas básicos de la vida, la enfermedad, el dolor y la muerte, llegamos al fin de esta lección. Lo que nosotros hemos querido demostrar, es que la Medicina no cumple adecuadamente su vocación médica, porque no ha sabido ver en el hombre al hombre entero, rebajándolo a su pura naturaleza.

Si entendemos bien que la Medicina, significa ayuda al hombre enfermo, entenderemos también que es en la relación médico-enfermo, pero una relación original, basada en la amistad médica, donde esa ayuda se puede cumplir.

(113) Cfr. op. cit.

Esta relación médico-enfermo, se realiza a tres niveles (V. Gebstetel, 114): Un primer nivel, elemental en el que el médico se siente dispuesto a ayudar a otro. No es aún propiamente médico, es, debe de ser, una actitud básica del hombre, una mera vocación de ayuda, tan vieja como la humanidad. Así, leemos en los Proverbios: "No niegues un beneficio al que lo necesita, siempre que en tu poder esté el hacerlo" (Pr. 3-27).

2.—Pero para poder, precisamente, hacer este beneficio médicamente, el médico, intelectualiza esa situación. Es el nivel diagnóstico-terapéutico. Es la concreción del saber científico, en la situación concreta. Pero es también el grado de "enajenación" de la relación. Aquí el hombre es "objetivado", no hay auténtico encuentro interpersonal. Es este nivel el que de hecho, ha realizado la medicina.

3.—Pero la Medicina, el acto médico, se salva, si llega a realizarse el tercer nivel del encuentro. El grado personal de la relación, con el cual se superan las demás situaciones.

Es el nivel donde médico y enfermo se encuentran, donde, superado el nivel técnico, mutuamente analizan e intentan dar respuesta a los problemas humanos.

Todo lo que hemos dicho en esta Lección ha sido poner en evidencia este hecho, con una esperanza, ayudar a concienciar donde yerra la Medicina de hoy. Nosotros quisiéramos que los médicos, pudiéramos hablar con nuestros enfermos sobre la enfermedad, el dolor y la muerte, quisiéramos no defraudarlos, y cumplir con el supremo acto de la amistad médica. Ser fieles a la Sentencia de Paracelso:

"El más hondo fundamento de la Medicina es el amor. Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la Medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos".

He dicho.

...the first step in the development of a self-concept is the recognition of the self as a distinct entity. This is a process that begins in early childhood and continues throughout life. The child must learn to distinguish between himself and others, and to recognize his own feelings and thoughts as separate from those of others. This process is often referred to as the development of a "self-concept."

The self-concept is a complex and dynamic structure that is shaped by a variety of factors, including genetic influences, environmental experiences, and social interactions. It is a central component of the individual's identity and plays a crucial role in the development of personality and behavior. The self-concept is not static; it evolves over time as the individual gains new experiences and insights into himself and the world around him.

One of the key aspects of the self-concept is the ability to reflect on one's own thoughts and feelings. This process of self-reflection is essential for the development of a mature self-concept. It allows the individual to evaluate his own actions and attitudes, and to make adjustments as needed. Self-reflection is also a key component of emotional regulation and problem-solving.

The self-concept is also closely tied to the individual's sense of purpose and meaning in life. A strong self-concept provides a sense of direction and motivation, and helps the individual to set and achieve his goals. It is a source of strength and resilience, and helps the individual to cope with the challenges of life.

...the self-concept is a central component of the individual's identity and plays a crucial role in the development of personality and behavior. The self-concept is not static; it evolves over time as the individual gains new experiences and insights into himself and the world around him.

One of the key aspects of the self-concept is the ability to reflect on one's own thoughts and feelings. This process of self-reflection is essential for the development of a mature self-concept. It allows the individual to evaluate his own actions and attitudes, and to make adjustments as needed. Self-reflection is also a key component of emotional regulation and problem-solving.

The self-concept is also closely tied to the individual's sense of purpose and meaning in life. A strong self-concept provides a sense of direction and motivation, and helps the individual to set and achieve his goals. It is a source of strength and resilience, and helps the individual to cope with the challenges of life.

The self-concept is a complex and dynamic structure that is shaped by a variety of factors, including genetic influences, environmental experiences, and social interactions. It is a central component of the individual's identity and plays a crucial role in the development of personality and behavior. The self-concept is not static; it evolves over time as the individual gains new experiences and insights into himself and the world around him.

One of the key aspects of the self-concept is the ability to reflect on one's own thoughts and feelings. This process of self-reflection is essential for the development of a mature self-concept. It allows the individual to evaluate his own actions and attitudes, and to make adjustments as needed. Self-reflection is also a key component of emotional regulation and problem-solving.

The self-concept is also closely tied to the individual's sense of purpose and meaning in life. A strong self-concept provides a sense of direction and motivation, and helps the individual to set and achieve his goals. It is a source of strength and resilience, and helps the individual to cope with the challenges of life.

...the self-concept is a central component of the individual's identity and plays a crucial role in the development of personality and behavior. The self-concept is not static; it evolves over time as the individual gains new experiences and insights into himself and the world around him.

One of the key aspects of the self-concept is the ability to reflect on one's own thoughts and feelings. This process of self-reflection is essential for the development of a mature self-concept. It allows the individual to evaluate his own actions and attitudes, and to make adjustments as needed. Self-reflection is also a key component of emotional regulation and problem-solving.

The self-concept is also closely tied to the individual's sense of purpose and meaning in life. A strong self-concept provides a sense of direction and motivation, and helps the individual to set and achieve his goals. It is a source of strength and resilience, and helps the individual to cope with the challenges of life.

The self-concept is a complex and dynamic structure that is shaped by a variety of factors, including genetic influences, environmental experiences, and social interactions. It is a central component of the individual's identity and plays a crucial role in the development of personality and behavior. The self-concept is not static; it evolves over time as the individual gains new experiences and insights into himself and the world around him.

One of the key aspects of the self-concept is the ability to reflect on one's own thoughts and feelings. This process of self-reflection is essential for the development of a mature self-concept. It allows the individual to evaluate his own actions and attitudes, and to make adjustments as needed. Self-reflection is also a key component of emotional regulation and problem-solving.

The self-concept is also closely tied to the individual's sense of purpose and meaning in life. A strong self-concept provides a sense of direction and motivation, and helps the individual to set and achieve his goals. It is a source of strength and resilience, and helps the individual to cope with the challenges of life.

INDICE

I PARTE

	<i>Pág.</i>
I.—INTRODUCCION	5
II.—EL ESQUEMA ANTROPOLOGICO TRADICIONAL DE LA MEDICINA. .	9
II.1.—Sydenham y Freud: La posibilidad de una antropología personalista	11
II.2.—La Medicina antropológica	16
II.3.—Esquemas antropológicos actuales: la visión zoomórfica y el hombre como un robot	18
III.—NECESIDAD DE LA INTEGRACION DE UNA ANTROPOLOGIA PERSONALISTA EN LA TEORIA CIENTIFICA DEL ENFERMAR	20
III.1.—Comprender y explicar	21
III.2.—Necesidad de un profundo cambio en las actitudes médicas	22
IV.—UN ESQUEMA ANTROPOLOGICO PARA LA MEDICINA	29
IV.1.—Antropología corporal.	30
IV.2.—Antropología personalista y cristiana	33

II PARTE

V.—LAS NOCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD. EL SENTIDO DEL CUIDADO MEDICO.	35
VI.—EL SENTIDO DEL DOLOR	44
VII.—EL PROBLEMA DE LA MUERTE	51
VII.1.—La actitud de la Medicina ante la muerte.	51
VII.2.—Intentos actuales de la Medicina para enfrentarse con la muerte personal	56
VII.3.—Actitudes de la cultura occidental ante la muerte.	59
VII.4.—La respuesta judeo-cristiana. La solución ante el hecho de la muerte	66





UNIVERSITATIS
Facultad
Bib

D