Pedro Laín Entralgo: La enfermedad como experiencia

Sea cual sea la importancia real que en la constitución de nuestro vivir presente tenga la experiencia de nuestra vida pretérita, y sea cualquiera el alcance que subjetiva y ocasionalmente atribuyamos a esa importancia, es indudable que en la experiencia de la vida ocupa un puesto muy central y muy considerable volumen el evento que llamamos «enfermedad». ¿En qué consiste la experiencia de la enfermedad? ¿Cómo esta particular experiencia se ordena dentro de la general experiencia de la vida? ¿Qué función desempeña en ella? Tratemos de verlo.

1. Que el enfermo posee una experiencia inmediata de su propia enfermedad, parece

cuestión ociosa, de puro evidente. La fiebre, el dolor, la ansiedad, la incapacidad y el aislamiento en el lecho se sienten realmente, se «experimentan». Esos sentimientos de la propia vida no son *aegri somnia,* sino vivencias muy reales y —por lo general— muy objetivamente fundadas. Pero tal experiencia, ¿subsiste cuando la enfermedad pasa? ¿Es algo más que el recuerdo superficial de una vicisitud personal cuya sola reliquia es el recuerdo mismo? ¿Llega acaso a ser una modificación habitual de la realidad psicosomática del hombre que enfermó, un cambio duradero en su modo de ser y en su modo de obrar? Como diría un escolástico: la experiencia inmediata de la enfermedad, ¿es *species* o es *habitus?*

En el caso de las enfermedades agudas, la opinión del observador superficial se inclinaría hacia el primer término de ese postrer dilema. He aquí un hombre afecto de gripe o de fiebre tifoidea. Después de los días de fiebre y lecho, ese hombre reanuda su vida normal «como si no hubiera pasado nada»; en él la enfermedad parece no ser más que el recuerdo de haberla sufrido. Dentro de la general experiencia de la vida, la experiencia de haber enfermado sería algo así como una anécdota susceptible de remembranza y relato a la hora de echar

la vista sobre el pasado propio. O, a lo sumo, un punto de referencia en el curso de la biografía del enfermo. Recordemos una expresión tópica: «Eso me ocurrió poco antes de pasar la tifoidea.» La enfermedad, en suma, constituiría un «quiste biográfico», un fragmento anómalo de la vida personal puesto entre el paréntesis inicial del enfermar —ese momento en que, como suele decirse, se «cae enfermo»— y el paréntesis terminal de la curación y el «alta».

Pero mirado el hombre en su integridad, ¿es esto lo que realmente acontece? La patología de nuestro siglo nos enseña algo muy distinto. El suceso biológico de la enfermedad aguda suele dejar tras de sí una experiencia somática más o menos duradera, consistente en un cambio en la capacidad de reacción del organismo frente al agente causal de la enfermedad sufrida, y aun frente a otros próximos a él. Ese cambio es casi siempre un aumento de la resistencia del organismo a la acción patógena del agente causal, y a esto suele llamarse «inmunidad»; mas también puede expresarse el cambio bajo la forma de una sensibilidad exaltada y anómala a la acción biológica del agente nocivo, y en esto consiste, muy a grandes rasgos, el fenómeno al que médicos y profanos damos el nombre de

«alergia». Un famoso título del fisiólogo Cannon nos ha enseñado a hablar de la «sabiduría del cuerpo». Pues bien: recta y convenientemente en unos casos, desordenada y peligrosamente en otros, la inconsciente sabiduría de su cuerpo concede al hombre cierta «experiencia» de la enfermedad; el hecho de haberla experimentado crea en él «hábitos» nuevos, modos inéditos de obrar y de ser que a veces perduran hasta su muerte. «Habitudes» biológicas, los llamaría Zubiri.

Creo que las habitudes biológicas de la inmunidad y la alergia son «experiencia», en el más amplio sentido de esta palabra. Como consecuencia de haber llegado a poseerlas, cambia de modo el comportamiento del organismo que las posee. Constituyen, pues, una «mutación funcional» o *Funktionswandel* del organismo afecto [1]. Pero esa experiencia de la vida orgánica, ¿puede ser llamada «personal»? Si la significación de este adjetivo se extiende a todo lo que acaece en la existencia individual de

[1] El concepto de la «mutación funcional» o *Funktionswander* (Von Weizsäcker) no es sólo neurológico; es biológico, en la más amplia acepción de la palabra. Por otra parte, la inmunidad y la alergia no son sólo fenómenos humorales y mesenquimatosos. El neuroeje no es ajeno a ellos.

un hombre determinado, tenga él o no tenga conciencia de lo acaecido, la inmunidad y la alergia son —no hay duda— una parte de la experiencia personal de ese hombre. Pero si, a la manera cartesiana, restringimos el empleo del adjetivo «personal» sólo a lo que en nuestra vida es libre y consciente, entonces nos veremos forzados a admitir en la experiencia de la vida humana dos órdenes o niveles cualitativamente distintos entre sí: uno consciente o personal, aquel a que pertenecen las vicisitudes de cuyo curso nos «dimos cuenta», y otro inconsciente o impersonal, al cual pertenecería, entre otras experiencias biológicas semejantes, la que bajo forma de inmunidad o de alergia traen al organismo las enfermedades infecciosas. Ni el inmune ni el alérgico tienen conciencia de serlo. Aquél no llegará a saber que lo es, si no se lo dicen; y cuando lo sepa, esa «conciencia adquirida» o «indirecta» de su inmunidad acaso le dé mayor tranquilidad y osadía frente al riesgo de contraer la enfermedad de que se trate. El alérgico, a su vez, ignora por lo general su anómala disposición reactiva, mientras ésta no llega a manifestarse efectivamente; y si la conoce, bien por autoobservación (tal es el caso de quienes por sí mismos saben que los mariscos «les sien-

tan mal»), bien por indicación del médico, utilizará consciente y deliberadamente ese saber para evitar las ocasiones capaces de suscitar su accidente alérgico. Así se haría consciente y personal la «experiencia biológica» de la enfermedad.

Todo lo anterior es indudable. Pienso, sin embargo, que también es insuficiente. En la vida del hombre, ¿hay acaso un límite tajante y escueto entre lo consciente y lo inconsciente, y entre la libertad personal y la necesidad mecánica? Desde Freud, todos sabemos que no. La experiencia biológica de la inmunidad y la alergia *hácese* personal cuando nos dan noticia de ella, mas también *es* personal por modo subconsciente. No sé si los médicos y los inmunólogos han investigado de modo suficiente la relación que seguramente existe entre la situación del organismo tras la infección y los distintos modos de la conciencia psicológica [2]. Creo que no, y pienso que esa relación es doble, porque el estado post-infeccioso —llamémoslo así, muy genéricamente— es a la vez causa y efecto. Tengo por seguro que, actuando ese estado como causa, de él depende alguna parte de las tendencias y es-

[2] Véase la *Patología psicosomática*, de Rof Carballo (2.ª ed., Madrid, 1950), págs. 508, 766 y 839-841.

timaciones que integran la vida consciente del hombre. La peculiaridad personal de nuestros apetitos y desganas, de nuestras complacencias y displicencias, de nuestras inclinaciones y aversiones, depende, como es obvio, de muchas cosas: el temperamento individual, la educación, los avatares de toda índole, nuestra libertad. No es infrecuente que acabe gustándonos o disgustándonos lo que tenazmente hemos querido que nos guste o nos disguste. Y en esa compleja constelación, ¿pueden no tener puesto importante los sucesivos troquelados biológicos que nos van imprimiendo todas nuestras enfermedades, y más aún nuestras enfermedades infecciosas? A través de mecanismos subconscientes, todavía no bien explorados, los estados post-infecciosos informan de algún modo nuestra experiencia de la vida.

Mas también en cuanto efecto tiene el estado post-infeccioso estrecha relación con la vida personal. El hecho mismo de contraer una enfermedad infecciosa no es siempre puro azar incomprensible. Algo influye la disposición consciente y subconsciente de un individuo humano frente a su propia biografía, para que ese individuo, sometido a la acción de tal o cual germen patógeno, llegue o no llegue a padecer la infección co-

rrespondiente. Son ya clásicos los hallazgos de Von Weizsäcker en la angina tonsilar —según ellos, la aparición de la angina se halla en frecuente conexión con trances comprometedores y enojosos en la biografía del paciente—, y es ya viejo conocimiento que los soldados victoriosos son más resistentes a las infecciones que los soldados derrotados. Más aún: la peculiaridad del estado post-infeccioso —inmunidad o alergia— depende en cierta medida de la actitud consciente y subconsciente del enfermo frente a su enfermedad. Es seguro, por ejemplo, que una voluntad a la vez consciente y subconsciente de sanar —no es infrecuente la discordancia entre uno y otro modo de querer la salud— determinará una inmunización más acusada que el deseo consciente o subconsciente de seguir enfermo. Esperemos los resultados de la investigación inmunológica, cuando ésta llegue a ser plenamente psicosomática, antropológica o personal. O más breve y sencillamente, humana.

Además de *hacerse* personal, la experiencia biológica de la enfermedad *es* personal; las reflexiones precedentes lo demuestran con evidencia. Tanto más lo demostrarán si el lector sabe deshacer el artificioso esquema de causas y efectos a que metódica-

mente, y en aras de la claridad dialéctica, he querido yo recurrir. En cuanto experiencia personal, el estado post-infeccioso es *a la vez* causa y efecto de una parte de la vida consciente y subconsciente de su titular. Aquello que va a ser efecto suyo, ha sido ya su causa [3]. Dilthey enseñó que la dinámica de la vida humana tiene por esencia una estructura en círculo, y —en la medida en que son estrictamente *humanas*— las enfermedades del hombre confirman esa regla.

Es tradicional llamar *restitutio ad integrum* a la curación completa, como si el enfermo, una vez pasada la convalecencia, volviese a instalarse sin cambio alguno —*ad integrum*— en la vida que el enfermar cortó. Lo expuesto muestra muy claramente la inexactitud de tal expresión. Cuando el enfermo vuelve a la salud, algo ha cambiado en él: «La nueva salud —escribe Goldstein, frente a la tesis contraria de Grothe— no es la misma que la antigua... Recobrar la salud a pesar de la existencia de una secuela funcional, no es cosa que acaezca sin una merma de esencia del organismo y sin la simultánea aparición de un orden, al que corresponde una *nueva norma individual*...

[3] Véase el libro *Symptom und Kausalität*, de F. Llavero (Stuttgart, 1953).

En la curación encontramos eventualmente (a pesar de la existencia de una secuela funcional) modificaciones diversas en relación con el estado anterior, pero las propiedades biológicas son de nuevo constantes» [4]. De acuerdo con sus puntos de vista, Goldstein interpreta organísmicamente esa «novedad» de la salud subsiguiente a la curación. Mas ya hemos visto que tal «novedad» no es sólo «orgánica»; que también es —por vía a la vez consciente y subconsciente— «personal», en la más genuina acepción de esta palabra. En cuanto afecta a la constitución del organismo que la padece —en otros términos: en cuanto modifica o crea en él habitudes biológicas—, la enfermedad es parte importante en la génesis de la experiencia de la vida [5].

[4] K. Goldstein, *Der Aufbau des Organismus* (Haag, 1934), pág. 272.

[5] La función que la experiencia de la enfermedad desempeña en la general experiencia de la vida reviste un cariz muy especial en el caso del médico. El hecho de sufrir una enfermedad permite conocerla mejor; recuérdese el caso de Sydenham, enfermo de gota y magistral descriptor de esta dolencia. «Los médicos alcanzarían su máxima habilidad —dice Sócrates en la *República*, de Platón— si desde niños, además de aprender su arte, se hallasen familiarizados con el mayor número posible de cuerpos de la más depravada condición, y si hubiesen padecido todas las enfer-

2. No sólo a la constitución biológica del organismo afecta el padecimiento de una enfermedad; también, y por modo ineludible, al sentimiento que el hombre tiene de su propia vida. El hombre siente e interpreta su vivir; y hace esto de tal modo, que no siempre es fácil discernir lo que en la vivencia de la propia vida es sentimiento primario y lo que en ella es interpretación. Parece, con todo, que en principio no resulta ilícito distinguir metódicamente la primaria e inmediata operación pasiva de «sentir» nuestra vida y la subsiguiente operación activa de interpretarla [6].

medades, y si por naturaleza no fuesen de muy buena salud. Pues pienso que no curan con el cuerpo —en tal caso, el suyo no podría estar enfermo ni llegar a estarlo—, sino al cuerpo con el alma, la cual no puede estar enferma, ni llegar a estarlo, si ha de curar algo rectamente» (408 b). No poca verdad hay en estas palabras de Platón. Para su fortuna, el médico puede adquirir su experiencia de la enfermedad en cuerpos ajenos; pero esa experiencia se hace más profunda y sutil respecto de las enfermedades que él mismo ha padecido.

[6] Acerca de la vivencia de la propia vida, véase la parte psicológica de la obra de Dilthey, así como su excelente exposición en el libro de L. Martín-Santos, *Dilthey, Jaspers y la comprensión del enfermo mental* (Madrid, 1955). Remito también a mi libro *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico* (Madrid, 1950).

Y puesto que la enfermedad es, ante todo, un modo de vivir, acaso entendamos mejor lo que la enfermedad sea para el hombre distinguiendo lo que en ella es sentimiento inmediato y primario y lo que es en ella interpretación.

He aquí un hombre enfermo. ¿Cómo siente su enfermedad? En cuanto al particular y ocasional contenido de su sentimiento, de mil modos diferentes: el enfermo puede sentir, en efecto, dolor, fiebre, tensión interior, embotamiento, ansiedad, sed, invalidez, euforia, vértigo, ceguera y tantas cosas más. Pienso que los médicos —atentos, sobre todo, a la exploración «objetiva»— no se han aplicado lo suficiente a la tarea de describir, entender y ordenar los múltiples modos de sentir subjetivamente la enfermedad. Confiemos en que la investigación psicosomatológica del futuro no olvide ni menosprecie la fenomenología. Pero todos esos mil modos distintos de vivir inmediata y psicológicamente lo que en la enfermedad es *páthos* o *passio*, afección pasiva, pueden ser reducidos, a mi juicio, a cuatro sentimientos cardinales, que llamaré de aflicción, de amenaza, de soledad y de recurso.

Entiendo ahora por *aflicción* todo lo que en el complejo sentimiento de la enfermedad es inmediatamente penoso. La vivencia

primaria de la salud es el «bienestar»; la vivencia primaria de la enfermedad es, por tanto, el «malestar», un malestar incomprensiblemente sobrevenido en nuestra vida y del cual, a su comienzo, no sabemos decir nada muy preciso, ni en orden a su cualidad sentimental (ansiedad, depresión, dolorimiento, desgana, desvalimiento, desesperanza, etc.), ni respecto de su localización somática [7]. La aflicción producida por la enfermedad es, en principio, malestar. Ahora bien, un análisis medianamente atento de la aflicción morbosa permite distinguir en ella dos momentos constitutivos, la «molestia» y el «impedimento». La enfermedad aflige molestando, causando molestias positivas, como el dolor, la ansiedad y el vértigo, y a la vez impidiendo el ejercicio de alguna de las actividades propias de la vida en salud: obliga a guardar cama, impide mover un miembro, priva de la visión o del habla, etc. Así entendida, la aflicción es el ingrediente más notorio del sentimiento general e inmediato de la enfermedad.

Junto a ella o fundida con ella está la *amenaza.* Sentirse enfermo es sentirse ame-

[7] Véase el trabajo de A. H. Schmale, «Relationship of Separation and Depression to Disease», en *Psychosomatic Medicine,* XX (1958), págs. 259-277.

nazado, vivir expresamente, con intensidad mayor o menor, el riesgo de morir. Desde Virchow, los patólogos suelen poner el «peligro» entre las notas esenciales del concepto de enfermedad [8]. Pero yo no me refiero ahora al «peligro» anatomopatológica o fisiopatológicamente objetivable (alteraciones celulares irreversibles, afección de «centros» de importancia vital, etc.), sino a la vivencia propia de la situación peligrosa; y esta vivencia no es otra que la «amenaza». El enfermo siente radicalmente amenazada la posibilidad de los proyectos de vida anteriores a su enfermedad («muerte biográfica») o, si la dolencia se hace grave, la posibilidad física de su existencia misma («muerte biológica»). Un hipertenso, por ejemplo, siente a la vez el peligro próximo de que una hemorragia cerebral le obligue a cambiar de vida, y por tanto a morir biográficamente respecto de lo que él venía haciendo y pensaba hacer, y el peligro último de que esa hemorragia acabe con sus días, matándole biológicamente. Tengamos muy en cuenta este segundo y radical ingrediente del sentimiento de estar enfermo.

La enfermedad se hace también sentir

[8] Me conformaré remitiendo a Aschoff (*Vorträge über Pathologie*, Jena, 1925) y a Grothe (*Grundlagen ärztlicher Betrachtung*, Berlín, 1921).

como penosa *soledad:* quien está enfermo se siente penosamente solo, y esto acrece su aflicción y su desvalimiento. Scheler y Ortega han subrayado con acierto y energía la total incomunicabilidad de los sentimientos vitales relativos a nuestro cuerpo. El sentimiento gustoso de saciar la sed y el sentimiento desplaciente del dolor de muelas son de quien los experimenta y de nadie más, a diferencia de las alegrías y las penas de carácter espiritual, que pueden ser real y efectivamente convividas o con-sentidas. La enfermedad aísla, y no sólo porque impide al paciente de un modo más o menos absoluto el trato normal con los otros hombres, sino porque fija su atención sobre sentimientos que él y sólo él puede padecer. De ahí la habitual disposición ambivalente de los enfermos frente a la compañía: aunque la necesitan y piden, aunque la agradezcan muy sinceramente, nunca llega a contentarlos, y en ocasiones hasta les produce una chispa de irritación. Los *kubu* de Sumatra dejan ritualmente solo al enfermo; los antiguos asirios veían en el hombre afecto de enfermedad un hombre indigno de participar en el culto público, un ser a quien había que apartar de la comunidad religiosa, un «excomulgado». Una y otra práctica parecen expresar social y objetiva-

mente aquella esencial operación «aisladora» del enfermar. Diríase que la enfermedad prepara al enfermo para dar por sí solo cuenta de su vida.

Pero la enfermedad es con frecuencia —si se afina la mirada, siempre— algo más que aflicción, amenaza y soledad; es también *recurso*, y como tal es soterrañamente sentida. El enfermo, en efecto, siente que su dolencia, además de afligirle, amenazarle y aislarle, le sirve para algo. Puesto que la salud no es sólo bienestar, mas también quehacer, y aun quehacer penoso, el enfermar nos sirve a veces para evadirnos de los quehaceres que la salud impone o para descansar de ellos, y entonces es vivido como «refugio»; refugio subconscientemente buscado en las enfermedades histéricas (háblase en ellas de una «huida a la enfermedad»), y subconsciente o conscientemente descubierto y utilizado en las dolencias que sobrevienen por azar dentro de la existencia de quien las padece. En cuanto refugio, la enfermedad permite la evasión. Pero no sólo para huir de los quehaceres de la salud sirve la enfermedad. Hay ocasiones en que ésta llega a ser «instrumento» para la creación de una vida nueva. *Ex valetudine, vita nova.* Novalis propugnaba el cultivo del «arte de utilizar las enfermedades», y no creo

que con esa expresión aludiese por modo exclusivo al provecho espiritual de sufrirlas con resignación y ofrecimiento. También en orden a la existencia terrena puede servir de «instrumento» la enfermedad. ¿Cuántos son —valga este único ejemplo— los intelectuales y los artistas a quienes una inmovilidad forzosa de origen patológico ha permitido ampliar y perfeccionar su obra? En tales casos, como en aquellos en que la enfermedad es refugio, es seguro que hubo frente a ella un primario y elemental «sentimiento de recurso», semejante al que sentimos a la vera del mar o del lago cuando el calor y el sudor nos impelen al baño.

El hombre, decía yo antes, siente su vida y la interpreta. La enfermedad, modo anómalo de vivir, es sentida como aflicción, como amenaza, como soledad y como refugio. Con predominio mayor de uno u otro de sus cuatro principales momentos constitutivos, el complejo sentimiento de la enfermedad los engloba siempre, y así lo descubrirá en cada paciente un análisis psicológico suficientemente fino y minucioso. Pero el sentimiento de la propia vida se hace experiencia —en el caso de la enfermedad y en todos los imaginables— cristalizando en alguna interpretación. ¿Cómo el evento de la enfermedad, así sentido, ha sido in-

terpretado por los hombres? ¿Cómo los hombres han expresado su experiencia de la enfermedad? Frente al hecho de enfermar, ¿hay en el curso de la historia interpretaciones típicas, en las cuales se hayan precipitado compendiosamente los distintos modos colectivos de pensar y sentir? Yo creo que sí, y pienso que el número de ellas puede ser reducido a estas cuatro: el castigo, el azar, el reto y la prueba [9].

Según las fuentes de nuestro actual saber histórico, la interpretación de la enfermedad como *castigo* es cronológicamente una de las primeras en el curso de la historia universal. Un enfermo sería un hombre que por haber transgredido la ley moral ha sido castigado por los dioses al padecimiento que su enfermedad comporta. Los antiguos asirios empleaban la palabra *shêrtu* para designar un complejo semántico en cuya unitaria estructura entraban el pecado, la impureza moral, la cólera de los dioses, el castigo y la enfermedad. El canto I de

[9] Hablo ahora, como es patente, no de las interpretaciones tocantes a la «consistencia» de la enfermedad (en qué consiste realmente el estar enfermo), sino de las interpretaciones concernientes al «sentido» que el hecho de enfermar, y cualquiera que sea su real consistencia, tiene para la persona que lo padece.

la *Ilíada* interpreta la peste del campamento aqueo como un castigo infligido por Apolo a Agamenón y a sus hombres tras la ofensa del Atrida al dios, en la persona de uno de sus sacerdotes. Ante el ciego de nacimiento, los discípulos preguntan a Cristo: «Maestro, ¿quién ha pecado para que este hombre haya nacido ciego, él o sus padres?» (*Jo.*, IX, 1). Cualesquiera que sean las ulteriores diferencias entre la primitiva concepción semítica y la primitiva concepción indo-europea de la enfermedad —más personalista aquélla, más naturalista ésta—, una y otra convienen en interpretarla como un castigo impuesto al hombre que la sufre. En la vivencia de la enfermedad prevalecen ahora los sentimientos de aflicción, soledad y amenaza, y en éstos se ve, ante todo, el reato de una falta moral consciente o subconscientemente cometida por el enfermo [10].

Consideremos ahora la estructura de esta interpretación punitiva de la enfermedad y, dentro de ella, pongamos atención especial en la idea de la existencia humana que le sirve de supuesto. ¿Qué rasgos esenciales caracterizan al hombre para el cual es un

[10] Más amplia información en mi *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática* (Madrid, 1950).

castigo divino la enfermedad que sufre? Pienso que estos tres: la dependencia, la responsabilidad y la pecabilidad. Un hombre que se juzgue a sí mismo no dependiente, autárquico, no creerá que puede ser castigado; si alguien le castiga —un dios, un mago o hechicero con poderes «divinoides»—, es porque él se siente en dependencia respecto de la superior potencia que así ha querido tratarle. Mas para que la idea de castigo surja, es también preciso que el hombre se considere a sí mismo responsable y capaz de pecado. Una dolencia no merecida por quien la padece y enviada a éste por una divinidad caprichosa y cruel, no es castigo, es otra cosa. La interpretación punitiva de la enfermedad supone, en suma, la existencia más o menos habitual de un sentimiento de responsabilidad y culpa. Quede sólo planteada la cuestión de si etnológica e históricamente hay situaciones más «primitivas» que aquellas en que predomina el sentimiento de culpabilidad; las *guilt-cultures*, según la terminología de Ruth Benedict [11].

[11] ¿Qué culturas son etnológica e históricamente más primitivas: las «del pundonor» (*shame-cultures*) o las «de la culpabilidad» (*guilt-cultures*)? En el caso de Grecia, la cosa parece clara: los poemas homéricos, testimonio literario

El Nuevo Testamento rompe de modo muy resuelto con la interpretación punitiva de la enfermedad actual. «Ni él ni sus padres han pecado», responde Cristo a sus discípulos, cuando éstos le hacen la pregunta antes transcrita [12]. El padecimiento de una fiebre tifoidea o de un tumor cerebral no suponen la previa comisión de un pecado personal por el hombre que los padece; lo cual, claro está, no excluye la posibilidad de que el sentimiento de culpa consecutivo a la comisión de un pecado personal llegue a engendrar algún desorden morboso en quien lo experimenta. Pero si en principio la enfermedad actual no es por sí misma el castigo de un pecado, ¿podrá decirse lo mismo de la «enfermabilidad» del hombre, de la disposición de su naturaleza a padecer enfermedades? La teología cristiana tradicional afirma que esa constante disposición de la naturaleza humana —su «enfermabi-

de una «cultura del pundonor», son anteriores a las tragedias de Esquilo, expresión poética de una «cultura de culpabilidad» (véase E. R. Dodds, *The Greeks and the Irrational*, Berkeley and Los Angeles, 1951). Pero no debemos dejarnos seducir por esquemas demasiado tajantes: Homero interpreta como castigo la peste del canto I de la *Ilíada*.

[12] De nuevo remito a mi *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*.

lidad»— es consecuencia del castigo que el pecado original acarreó sobre la humanidad entera. La capacidad de enfermar, «propiedad defectiva» de la naturaleza humana, pertenecería a la *vulneratio in naturalibus* que el pecado original produjo: una humanidad exenta de pecado y provista de los dones preternaturales y sobrenaturales que Adán poseía antes de pecar, no hubiera padecido enfermedad alguna. De lo cual resulta que si las enfermedades del hombre son compatibles con la perfección espiritual más acendrada, no por ello dejan de ser mediata e indirecta consecuencia punitiva de una transgresión pecaminosa de la ley moral [13].

Vengamos ahora a la segunda de las interpretaciones típicas de la enfermedad humana: la enfermedad como *azar*. Su patria primera fue la Grecia antigua [14]. La concep-

[13] En el estado de justicia original anterior a su primer pecado, ¿pudo Adán padecer enfermedad? Las líneas precedentes dan la respuesta de la teología tradicional: antes de ese primer pecado, Adán se hallaba exento del riesgo de enfermar. Pero la ortodoxia católica —como creo haber demostrado en *Mysterium doloris. Hacia una teología cristiana de la enfermedad* (Madrid, 1955)— no impide dar al problema una solución distinta.

[14] A este respecto, el pensamiento anterior a Grecia es pura «prehistoria». Antes de Grecia hubo «actitudes» que suponían una visión de la en-

ción de la enfermedad como castigo, tan claramente perceptible en el epos homérico, cobró especial vigencia en la Grecia posthomérica, cuando —por razones que ahora no son del caso— la vieja *shame-culture* del pueblo helénico se trocó en *guilt-culture* [15]. Pero en los siglos VI y V se produce sorda y paulatinamente en el mundo griego una vigorosa reacción contra esa arcaica idea del enfermar humano. El hombre enfermo —más generalmente: el hombre afligido por la desgracia— puede ser y es con frecuencia un hombre justo; en su aflicción no se ve la consecuencia de un castigo. Y esto, en lugar de esfumarlas, ¿no agravará la perplejidad y la confusión que la enfermedad produce en quienes reflexivamente la padecen o la consideran? La sospecha de hallarse sometido a las decisiones de una divinidad que tan extraña, caprichosa y cruelmente se complace enviando a los hombres calamidades no merecidas, ¿no es acaso más perturbadora que la idea de ser castigado por culpas propias o heredadas?

fermedad como azar, mas no «interpretaciones» en que explícitamente se afirmase la condición azarosa del evento de enfermar.

[15] Véase el libro de Dodds antes mencionado y el mío *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica* (Madrid, 1958).

¿Puede uno vivir tranquilo pensando, como Herodoto, que los dioses son «celosos y perturbadores» frente a los hombres?

Expresión y salida de esa perplejidad —de esa «desesperación», diría Ortega— fueron la filosofía jónica y la tragedia ática; y consecutivamente, ya en un orden operativo, la constitución de la medicina hipocrática como *tékhne iatriké*. ¿Por qué cae un hombre enfermo? No por su culpa —se piensa ahora— ni por decisión de una divinidad antojadiza e irritada, sino por una «necesidad» de la naturaleza. Lo cual plantea a la mente, entre otros problemas, el de entender y ordenar los diversos modos de la «necesidad» en la determinación de los movimientos naturales. El hecho de que un hombre enferme ¿es de igual manera «necesario» que el hecho de que las piedras caigan hacia la tierra o de que el Sol salga por Oriente y se ponga por Occidente?

La «necesidad» de los eventos naturales —con otras palabras: el hecho de que éstos obedezcan a un «destino»— fue designada por los griegos con nombres muy distintos entre sí: *moira, anánke, tykhe, aísa, heimarméne* y algunos más. No parece, según los filólogos, que pueda ser muy escuetamente delimitada el área semántica de

cada una de esas palabras. Muchas veces son no más que denominaciones distintas de una misma idea. Un examen detenido de los textos permite, sin embargo, percibir entre ellas un tenue matiz diferencial. Atengámonos ahora a las tres primeras: *moira, anánke* y *tykhe.* Las tres nombran a la vez conceptos y divinidades. *Moira* es el destino que obliga a todos los órdenes de la realidad, el divino y el sublunar, unas veces impositivamente («Esto ha de ser») y otras limitativamente («Esto no puede ser»). Ni siquiera Zeus puede salvar de la *moira* a su hijo Heracles *(Il.* XVIII, 117 ss.). *Anánke* es más bien la invencible necesidad de los movimientos y las leyes de la naturaleza: la «divina necesidad» con que se cumple el curso natural de las cosas *(de diaeta;* Littré, VI, 478), la normativa y suprema «necesidad de la naturaleza» *(anánke physeos)* de que hablan, entre otros, Antifonte y Aristófanes. *Tykhe,* en fin, es ante todo la «suerte» o «fortuna» con que se presenta lo que en la naturaleza no está sometido a orden regular, y en especial la «suerte» o «fortuna» de la individual naturaleza de cada hombre. *Eutykhía* («buena suerte», «buena fortuna») y *atykhía* («mala suerte», «infortunio») son conceptos muy principal-

mente relativos a la vida y al destino del hombre [16].

¿A cuál de estos tres órdenes de la «necesidad» pertenece la enfermedad? ¿De qué modo es ésta necesaria? Es muy posible que la «enfermabilidad» —el hecho de que para la naturaleza humana sea siempre posible la enfermedad, la radical «necesidad» de poder caer enfermo— pertenezca al orden supremo de la *moira* y la *ananke*. El hombre, valga esta expresión, no podría no poder caer enfermo. ¿Deberá decirse esto mismo del hecho ocasional y concreto de

[16] Debo limitarme aquí a estas sumarias indicaciones. Acerca del significado que para los griegos tuvieron estas tres divinidades y estos tres conceptos —*Moira*, *Anánke* y *Tykhe*—, véanse los correspondientes artículos (de Eitrem, Herzog-Hauser y Wernicke, respectivamente) en la *Real-Encyclopädie*, de Pauly-Wissowa. El problema de la *moira* ha sido luego estudiado por W. C. Greene (*MOIRA. Fate. Good and Evil in Greek Thought*. Cambridge, Mass., 1948). Una interpretación ontológica de la *moira* como «destino del ser en el sentido del ente» puede leerse en M. Heidegger, *Vorträge und Aufsäsze* (Pfullingen, 1954, págs. 231-256). También J. Marías ha visto en la *moira* un concepto prefilosófico: para él (*Introducción a la Filosofía*, 1947, *Obras* III, Madrid, 1958, 263 y ss.), la *moira* sería una anticipación mítica de la idea presocrática de la *physis*. La visión de la *moira* en las tragedias de Eurípides ha sido esclarecida por A. J. Festugière en *L'enfant d'Agrigente* (París, 1950).

enfermar? Es posible, ciertamente, que en algunas ocasiones no pueda el hombre no enfermar y tenga que sufrir tal dolencia y no otra: hay enfermedades, dice Alcmeón de Crotona, cuya causa externa es la *anánke*, la «necesidad» (Diels, B 4); la expresión *kat'anánken*, «por necesidad», se repite con cierta frecuencia en el *Corpus Hippocraticum*, bien con un sentido etiológico («Tales causas producen *por necesidad* tal enfermedad»), bien en un sentido patocrónico («Tal curso de los síntomas acaece *por necesidad*»). No hay duda: para los griegos, ciertas enfermedades y ciertos modos de estar enfermo pertenecerían necesaria e inexorablemente al orden de la naturaleza. En tales casos nada podría hacer el arte del médico, porque frente a las necesidades de la *physis*, todo es vano (*Lex*, Littré, IV, 638). Pero en otros muchos casos la enfermedad es «azar desventurado» o «infortunio», *atykhía;* más que a la necesidad regular de la *anánke* pertenece a la azarosa necesidad de la *tykhe;* y en tales ocasiones la ciencia del médico —cuyo primer fundamento es un saber empírico y racional de las «regularidades necesarias» de la naturaleza, de lo que en ésta es *anánke*— puede muy bien evitar el «infortunio» de la enfermedad o sanarlo técnicamente, si «por azar» ha lle-

gado a producirse. Tal es el sentido de un texto del *Corpus Hippocraticum (de locis in homine,* Littré, VI, 342), en que se proclama con sereno orgullo la superioridad de la «ciencia» *(episteme)* sobre la «fortuna» o «azar» *(tykhe),* y eso mismo viene a decir Gorgias cuando desde otro punto de vista enseña a sus lectores el modo humano de evitar el «infortunio» *(Enc. Hel.,* 12). La ciencia médica o *tékhne iatriké* de los griegos —y por tanto la medicina como ciencia— fue la venturosa consecuencia de esta interpretación de la enfermedad como «infortunio» o «azar».

La distinción griega de estos dos órdenes de la necesidad natural —el orden «anánkico» y el «tíquico», si se me permite la jerga helenizante— será luego asumida por el pensamiento cristiano. Dentro de él, la providencia divina gobierna el mundo creado a través de las causas segundas, y éstas operan con doble modo de necesidad: la necesidad absoluta con que el predicado pertenece al sujeto (por ejemplo: que el hombre sea animal) y la necesidad condicionada y contingente de lo que sucede pudiendo no haber sucedido (por ejemplo: que Sócrates esté sentado o que esté enfermo) *(Summa Theol.* I, q. 19 a. 3); aquélla se nos presenta como la necesidad del «es», esta otra como

la necesidad del «está». Que el hombre pueda caer enfermo —la «enfermabilidad» del ser humano— pertenecería con necesidad absoluta al orden propio de la naturaleza humana caída; que el hombre caiga enfermo de hecho es, en cambio, algo que acaece en la naturaleza individual con la necesidad condicionada del «caso» o la «fortuna»; algo, por tanto, que puede ser humanamente evitado o corregido, si la inteligencia conoce de modo suficiente las causas que han determinado su aparición. Los italianos del Renacimiento dirán animosamente que la *virtù* del hombre es casi siempre capaz de vencer a la *fortuna.*

La visión de la enfermedad como un azar conduce derechamente a su interpretación como *reto.* En la medida en que una enfermedad no haya sido necesaria con necesidad absoluta —más precisamente: en la medida en que el hombre la interprete como «infortunio», como secuela «infortunada» de una necesidad azarosa—, es inevitable la tentación de medir con ella el poder de la propia inteligencia. «Si este desorden puede ser humanamente corregido, si su existencia no es efecto inexorable de una ley de la naturaleza —piensa entonces el hombre—, ¿por qué no he de poder corregirlo yo?» En la enfermedad ve ahora la

mente humana un desafío a su propio poder.

La respuesta al reto del infortunio —infortunio es también el tener poco, queriendo y pudiendo tener más— ha adoptado en la historia dos formas principales: la forma «mágica» y la forma «técnica». En la mente de quienes creen en poderes mágicos, la eficacia de éstos no tendría más límites que el impuesto por la voluntad de los dioses y el procedente de un defecto en la ejecución de la maniobra ritual por parte del mago o hechicero. Con estas salvedades, el mago cree poderlo todo, porque su inteligencia no ha descubierto aún la inmanente «necesidad de la naturaleza». El «técnico», en cambio, sabe que la eficacia curativa de su respuesta al reto de la enfermedad tiene un límite irrebasable en esa «necesidad de la naturaleza» o *anánke physeos*. Acabamos de ver cómo la medicina hipocrática, hija directa de la *physiología* jónica, fue la «respuesta técnica» de la mente griega al reto del «infortunio» o *atykhía* que a sus ojos era la enfermedad.

En esa respuesta, ¿qué es lo que realmente desafía a la inteligencia humana? Decir que es la enfermedad no es decir bastante, porque en la enfermedad puede haber algo que acaezca «por necesidad» *(kat'anánken)*

y algo que acaezca por «azar» (*katà tykhen*), y lo que en la naturaleza sucede «por necesidad» —lo que en ella depende de la divina *ananke physeos*— no debe mover a rebeldía, sino a aceptación venerativa. No es, pues, la «naturaleza» *(physis)* lo que en la enfermedad reta al hombre, sino la «fortuna», el «azar» *(tykhe)*, en cuanto determinante de *atykhía* o «infortunio». Si el hombre padece un accidente morboso cuya causa es «nociva por necesidad», y si por añadidura ha de morir porque la enfermedad que padece es «mortal de necesidad», deberá aceptar sin protesta ese invencible y sólo aparente desorden de la naturaleza, no menos divina cuando mata que cuando sana. De ahí que el primer objetivo de la hipocrática *tékhne iatriké* —y por tanto el primer deber intelectual y moral del médico griego— consistiera en discriminar lo que en la enfermedad es *ananke physeos*, «necesidad de la naturaleza», y lo que en ella es verdadera *atykhía*, desorden susceptible de corrección «técnica» *(Pronóstico*, Littré, II, 112; *de arte*, Littré, IV, 14). Entendida a la manera helénica, la asistencia al enfermo es un combate entre el médico y la fortuna. ¿Cabe otra actitud en ese reto? ¿Puede sentirse desafiado el hombre por la «necesidad de la naturaleza», y no sólo por

la contingente, vencible y azarosa «necesidad del infortunio»? Pronto lo veremos.

Contemplemos para ello la cuarta de las interpretaciones típicas del enfermar humano: la enfermedad como *prueba*. Todas las concepciones de la vida humana en que ésta adquiere su realidad última más allá de la existencia terrena, por fuerza han de ver en la enfermedad una prueba respecto de ese término transmundano, discriminador y definitivo. Las nociones de castigo y de azar hacen referencia a la causa eficiente de la enfermedad; la noción de prueba, en cambio, se refiere a la siempre enigmática y azorante causa final del padecimiento morboso. Frente a la enfermedad, como frente a todo lo que intencional o azarosamente surge en su vida, el hombre se ve íntimamente obligado a preguntarse: «¿Para qué?» Y su respuesta se ordena siempre en torno a dos actitudes últimas, la prueba y la desesperación: aquélla, cuando en la enfermedad se ve un sentido; esta otra, cuando parece absurda la aflicción que el enfermar produce, sea o no sea éste utilizado como refugio. Concebida como castigo, la enfermedad tiene su sentido en la expiación; interpretada como prueba, su sentido es el merecimiento. Sólo viviéndolo como prueba puede cobrar algún sentido

el azar; sólo así deja éste de ser «un nombre dado a nuestra ignorancia», según la fórmula de Bossuet.

La escatología cristiana ha sublimado la interpretación de la enfermedad como prueba. «A la enfermedad la reciben los justos —escribía San Basilio a Anfiloquio— como un certamen atlético, esperando grandes coronas por obra de la paciencia» (*Epist.* 236, n. 7). Como un certamen; es decir, como una prueba. Pero en ésta, ¿qué es lo probado? Esas palabras de San Basilio nos dan una primera respuesta: lo probado es la paciencia, la capacidad de padecer resignada y oblativamente el sufrimiento inevitable. Es ante todo probada la paciencia del propio enfermo: *patientia* no es otra cosa que aceptación personal del *páthos*. Mas también afecta la prueba a los que rodean al enfermo, incluido el médico, porque el primer movimiento que el espectáculo de la enfermedad produce en quien lo contempla es la aversión. En la exhortación de San Pablo a los tesalonicenses —«Sostened a los enfermos» (I, V, 14)— hay a la vez un llamamiento a la caridad y a la paciencia [17].

[17] Acerca de la ascética cristiana de la enfermedad, véase B. Morán, *La enfermedad en la ascética del Beato Maestro Juan de Avila* (Madrid, 1951) y la bibliografía en este libro reseñada.

¿Sólo la paciencia es probada por la enfermedad? Un examen más detenido de la prueba permite descubrir con ella un nuevo aspecto, tocante a otra virtud: la magnanimidad, el hábito de proponerse el cumplimiento de fines nobles y esforzados. La magnanimidad del enfermo será especialmente puesta en juego por las enfermedades crónicas, cuando es ineludible el empeño de edificar la propia vida contando con la merma que en ella haya infligido la dolencia sufrida. Soportando resignadamente su dolencia, el enfermo es paciente; rehaciendo con ambición y denuedo su vida personal, el enfermo llega a ser magnánimo. De los cuatro sentimientos primarios de la enfermedad, la paciencia da sentido a los de aflicción, amenaza y soledad, y la magnanimidad al de recurso. Es, pues, magnánimo el enfermo que acepta el reto de su propia enfermedad y sabe utilizarla rectamente.

Mas no sólo es probada la magnanimidad del enfermo; también lo es la de quienes le asisten, y sobre todo la del médico. Para el médico cristiano, cada enfermedad que él contempla y trata —y genéricamente, la enfermedad— es un reto a su inteligencia y a su caridad, reto al cual puede responder con magnanimidad o con pusilanimidad. La

visión de la enfermedad como prueba asume así su interpretación como reto. Lo cual nos plantea de nuevo la cuestión de qué es lo que desafía al médico cuando se enfrenta técnicamente con la enfermedad.

En el caso del médico hipocrático, ya conocemos la respuesta: el reto lo lanza el infortunio, en el sentido más literal de esta palabra; por tanto, la fortuna o el azar, no la naturaleza. Sólo podemos sentirnos desafiados por algo que no somos nosotros y frente a lo cual nos sentimos «ajenos». Creyendo ser él no más que un fragmento locuente y pensante de la divina naturaleza, ¿podía el médico hipocrático sentirse desafiado por la necesidad del orden natural? La *anánke physeos*, ya lo hemos visto, despertaba en él veneración, no inconformidad o rebeldía. Sentir como reto el aparente desorden de una enfermedad *kat' anánken* hubiera sido a sus ojos pecado de impiedad *(asébeia)* y desmesura *(hybris)*. Léase en el escrito hipocrático *De morbo sacro* la elocuente declaración de piedad «fisiológica» que contiene.

¿Podrá ser éste el caso del médico cristiano? El cristiano sabe que él y todos los hombres son naturaleza, pero no sólo naturaleza. En cuanto creado «a imagen y semejanza de Dios», el hombre, además de ser

«naturaleza locuente y pensante», como los griegos habían enseñado, es también «espíritu» o «persona». Cuando se recluye dentro de sí mismo, en el seno de su intimidad personal, el ente humano puede mirar a la naturaleza desde fuera y por encima de ella. Y quien se siente esencialmente superior a la naturaleza —sea uno u otro el modo de entender esa íntima superioridad— ¿puede no sentir la tentación de medir sus fuerzas con la naturaleza misma, y no sólo con la fortuna? Aunque ese hombre admita que en la naturaleza de los movimientos y los seres del cosmos hay para él una última «necesidad» invencible, ¿podrá admitir como absoluta y definitivamente «necesarios» los particulares eventos que en el cosmos descubra? Ante un hecho natural cualquiera, ¿no tenderá a pensar que puede ser «tíquica» y no «anánkica», tocante a la *tykhe* y no a la *ánanke*, la índole de su peculiar «necesidad»? Frente a la naturaleza, ése había de ser el camino más propio de la magnanimidad intelectual del cristiano.

Ese tenía que ser el camino, y ése ha sido, aunque tal actitud del espíritu haya exigido siglos y siglos para manifestarse con suficiente nitidez histórica. En las primeras etapas del pensamiento cristiano pesa excesivamente sobre él la idea helénica de la

physis —consecuencia de esta excesiva gravitación son probablemente las principales herejías trinitarias y cristológicas del cristianismo antiguo —o, como en el caso de San Agustín, predomina sobre la consideración de la naturaleza la atención de la mente hacia la realidad y la vida del *homo interior*. También durante la Edad Media es excesiva la veneración de los pensadores cristianos ante la *ananke physeos*. La doctrina de las «causas segundas», ¿qué es en su entraña sino el resultado de cristianizar la vieja «necesidad de la naturaleza» del pensamiento griego? El concepto medieval de la *necessitas ex suppositione* —en él tendrá su clave, sin saberlo, el famoso «determinismo» de Cl. Bernard— no fue entonces aplicado con energía y amplitud suficientes a la intelección de los muchísimos hechos naturales a que infundadamente se atribuía una *necessitas absoluta*.

Con todo, ya en los siglos XIII y XIV empieza a conmoverse y hendirse el prestigio secular de esa presunta y mayestática «necesidad de la naturaleza». Roger Bacon vislumbra una técnica dominadora del orden natural. Arnaldo de Vilanova, que lleva a la medicina una parte de la ideología de los «espirituales» de Joaquín de Fiore, piensa que con el advenimiento del «Reino del Es-

píritu Santo» puede cambiar cualitativamente la constitución de la naturaleza humana. Los dos motivos principales del futuro «progresismo» —la capacidad creciente del hombre para dominar la naturaleza y la espontánea mutabilidad perfectiva de la naturaleza misma— se hallan ya *in nuce* en el pensamiento europeo al iniciarse la Baja Edad Media. El hombre subraya en sí mismo aquello por lo cual es «imagen y semejanza de Dios», empieza a poner en duda la «necesidad absoluta» de los hechos del mundo natural e inicia su maravillosa gigantomaquia no con la «fortuna», sino con la «naturaleza» misma. Cristiana en sus comienzos y secularizada luego, la magnanimidad del hombre moderno le ha movido a medir sus fuerzas intelectuales y técnicas con la presunta «necesidad» del orden cósmico. He aquí, por lo que a la biología atañe, unas recientes líneas del biólogo Jean Rostand: «Prolongación de la existencia, elección del sexo del hijo, fecundación póstuma, generación sin padre, transformación del sexo, embarazo en matraz, modificación de los caracteres orgánicos antes o después del nacimiento, regulación química del humor y el carácter, genio o virtud por encargo...: todo esto aparece desde ahora como hazaña debida o como hazaña posible de la

ciencia de mañana»[18]. Leído esto, dígase dónde quedan, en orden a la «naturaleza» de los seres vivientes, los límites de la vieja *anánke physeos*.

Frente a la enfermedad, el hombre moderno, cristiano o secularizado, ha sentido que le desafiaba la naturaleza, no sólo la fortuna, y nada ha visto en aquélla que él no pudiera dominar con los recursos de su ciencia y su técnica. Para el hombre moderno —y más aún para el hombre actual— no hay *en principio* una enfermedad que sea «mortal de necesidad», aunque la naturaleza humana siga siendo mortal y enferma-

[18] «Inquiétudes d'un biologiste», en *Les Nouvelles littéraires*, 20, XI, 1958. Tómese este texto de Rostand como autorizada expresión de la mentalidad del actual hombre de ciencia. Acerca de la novedad que introduce el cristianismo en la concepción científica de la realidad, véase el estudio «Europa y la ciencia», en mi libro *La empresa de ser hombre* (Madrid, 1958).

Compárese con la actitud frente a la «necesidad de la naturaleza» que expresa el texto de J. Rostand, la que denotan estas palabras de Coluccio Salutati, escritas en la segunda mitad del siglo XIV: «Hay que reconocer, por tanto, que sólo en las enfermedades curables es útil y necesaria la medicina. O, si queremos juzgar rectamente, que sólo hay necesidad de la medicina en aquellas enfermedades que difícilmente podría vencer la naturaleza» (*De nobilitate legum et medicinae*, c. XX, ed. de E. Garin, Firenze, 1947).

ble. Lo que hoy nos parece incurable, mañana será curado. El padecimiento y el espectáculo de la enfermedad son «prueba». Pero en ella no sólo es probada la paciencia del hombre, también lo es su magnanimidad; y así sucede que el médico y el paciente pueden salir de su prueba respectiva con dignidad y merecimiento, mas también cayendo en alguno de los tres riesgos que amenazan a quienes a esa prueba son sometidos: la desesperación, la pusilanimidad y la soberbia. ¿Acaso no hay una chispa de presuntuosa «soberbia de la vida» en las utopías de la medicina actual, tan lanzada al sueño de fabricar técnicamente «hombres de buena voluntad»? Los sentimientos de aflicción, amenaza y soledad que trae consigo la enfermedad prueban la paciencia del hombre; el sentimiento de recurso —en el amplio sentido con que esta palabra debe entenderse— pone a prueba la magnanimidad del alma humana. El ejercicio de la paciencia fructifica en el mundo invisible del espíritu; la respuesta de la magnanimidad va edificando el mundo visible de la historia. ¿Qué otra cosa es la ciencia de Occidente, sino un testimonio espléndido de la magnanimidad del hombre occidental?

Los sentimientos primarios de la enfer-

medad dan pábulo a las varias interpretaciones del evento morboso: el castigo, el azar, el reto y la prueba. Estas cuatro interpretaciones no se excluyen entre sí. Para quien la sufre, la enfermedad puede ser a la vez castigo y prueba, o azar y prueba, o prueba y reto. Ni siquiera es imposible que el castigo y el azar sean simultánea y ambivalentemente vividos por el enfermo, porque los sentimientos de culpabilidad no son siempre comprendidos y aceptados por quien los experimenta. Más aún: esas cuatro interpretaciones tienen un último supuesto común, que llamaremos *sacralidad*. La enfermedad tiene siempre para el hombre, incluso para el hombre secularizado, un *quid sacrum*. Sea castigo, azar, reto o prueba, en ella se hace patente la dramática relación entre el ser humano y la divinidad. En cuanto la enfermedad existe, pone ante los ojos del hombre la constitutiva vulnerabilidad de su naturaleza y le hace sentir la numinosidad tremenda de «lo vulnerante». Dios no es para el hombre sólo «lo fundamentante» y «lo abarcante»; para confusión y dolor del alma humana, Dios es también «lo vulnerante», y así lo muestra la enfermedad. Pero la herida de saberse enfermo desafía al hombre y pone en juego —a veces, bajo forma de *superbia vitae*—

lo que de divino hay en él. El dominio de la inteligencia sobre la naturaleza, ¿no es cosa de algún modo «divina»? Tal parece ser el sentido esencial y permanente del mito de Prometeo. Los antiguos llamaron «enfermedad sagrada» a la epilepsia. En rigor, toda enfermedad es «sagrada»; y lo es en el doble sentido que en latín tiene el adjetivo *sacer*, porque su realidad se nos muestra a la vez «sacra» y «execrable». A través de ella, el hombre —llámese Job, Teresa de Lisieux, Kant o Lenin— se pone *volens nolens* en agonal contacto con su idea personal de la divinidad.

3. Según lo expuesto, la experiencia de la enfermedad tiene una estructura compleja en la cual se entraman unitariamente un momento biológico, otro sentimental, a la vez consciente y subconsciente, y otro interpretativo. No creo que hasta ahora haya sido estudiada de modo satisfactorio la elaboración subconsciente del sentimiento de enfermedad —del «estar enfermo» en cuanto tal—, como no sea a través de su particular expresión en el fenómeno de la «transferencia». Lo que en la transferencia sea genérico y no ocasional, no puede ser otra cosa que una cristalización en torno al médico del sentimiento consciente y subcons-

ciente de estar enfermo. Pero cualesquiera que sean el mecanismo y los caminos más típicos de esa elaboración intraanímica del sentimiento de enfermedad, parece que la experiencia preinterpretativa de ésta se halla integrada por tres órdenes de componentes: los generales o básicos, los típicos y los personales.

Los componentes generales o básicos de la experiencia preiterpretativa de la enfermedad ya han sido suficientemente estudiados. Está, por una parte, la consecuencia psíquica de las alteraciones somáticas que la enfermedad haya determinado; están, por otra, los constantes y comunes sentimientos de aflicción, amenaza, soledad y recurso. No hay proceso morboso en que, diversamente combinados entre sí, no tengan aquélla y éstos existencia real en la vida del paciente. Pero la realidad concreta de tales sentimientos queda muy variamente modulada por los momentos configuradores de la experiencia preinterpretativa que he llamado típicos y personales. Sin otro propósito que el de apuntar los posibles temas principales de un estudio más detenido acerca de la experiencia de la enfermedad, indicaré sinóptica y casi enumerativamente la interna estructura de unos y otros.

Tipifícase el complejo sentimiento gené-

rico de estar enfermo en virtud de tres instancias concurrentes: la constitución psicosomática del paciente, el género de la enfermedad y la situación histórico-social.

No es preciso subrayar la importancia conformadora de la edad, el sexo, la raza, la sensibilidad y el temperamento. El niño no siente la enfermedad como el adolescente, ni éste como el adulto. Muy finamente hizo notar Marco Merenciano que para el adolescente la enfermedad suele ser iluminación de la vida, y para el adulto aldabada de la muerte [19]. La aflicción y la amenaza revelan en un caso la consistencia real de la propia existencia terrena —vivida antes redondamente y sin fisuras—, y hablan en el otro de su posible fin. No menos difiere el sentimiento de la enfermedad por razón del sexo: baste recordar la mayor capacidad de la mujer para el sufrimiento, y del varón para la inconformidad creadora; a lo cual en modo alguno es ajena la más intensa y más habitual importancia que para la vida de la mujer tiene la vivencia de su propio cuerpo, según las sagaces descripciones de Ortega [20]. Dígase otro tanto de la raza, la

[19] «La experiencia de la enfermedad», en *Ensayos médicos y literarios* (Madrid, 1958).

[20] *El hombre y la gente* (Madrid, 1957), página 167.

sensibilidad y el temperamento. En la experiencia inmediata de la propia enfermedad, ¿cuánto y cómo difieren entre sí el blanco y el negro, el sensitivo y el jayán, el asténico y el pícnico? El horizonte de la investigación empírica y fenomenológica no puede ser más rico.

Segunda instancia tipificadora es el género de la enfermedad. Salta a la vista la diferencia que a este respecto existe entre los procesos morbosos y agudos y los crónicos. Escribió Sydenham que las enfermedades agudas tienen su causa en Dios, y las crónicas en el paciente mismo. Quería decir, entre otras cosas, que la aparición de aquéllas se halla más sujeta al azar, y que éstas dependen más directa y comprensiblemente del género de vida que el enfermo ha querido llevar. Esto, que en líneas generales es verdadero —compárese, por ejemplo, la aparición de la gripe y la de la gota—, ¿puede no expresarse en la vivencia de uno y otro modo de enfermar? Los sentimientos de aflicción y de amenaza son más «biológicos» en las enfermedades agudas, y más «biográficos» en las crónicas; afectan más en un caso a la vida que se tiene, y en el otro a la vida que se hace. En consecuencia, la enfermedad crónica se incorpora más amplia y profundamente a la vida personal de

quien la padece, y se impone a él con el doble rostro de la limitación y el recurso: impide hacer algo que se hacía y obliga a inventar algo que no se hacía. Mas también la localización somática de la enfermedad modula el sentimiento de padecerla. No me refiero ahora a la notoria diferencia vivencial entre las afecciones morbosas de un órgano y las de otro, sino al diverso matiz con que los sentimientos de aflicción, amenaza, soledad y recurso aparecen en las dolencias de los distintos órganos y aparatos. He aquí un tema fecundo, cuando se intente edificar desde su fundamento la vertiente psicológica o subjetiva de la patología humana.

Debo aludir, por fin, a la tercera de las instancias que tipifican el sentimiento de la enfermedad: la situación histórico-social. Influye tal situación, ante todo, orientando la mente hacia una u otra de las cuatro interpretaciones antes descritas. Que uno vea en la enfermedad un castigo, un azar, un reto o una prueba, es cosa que en primer término depende de las creencias y actitudes en que su mente haya sido formada. Pero cuando es habitual, la interpretación reobra a su vez sobre la sensibilidad del que la profesa, y determina de algún modo la cualidad y la intensidad respectivas de los varios momentos preinterpretativos de

la experiencia. El hombre del Renacimiento no sintió la enfermedad como el hombre romántico, y el burgués no la siente como el asceta del yermo. En la medida en que sea peculiar, ¿qué caracteres otorgan su peculiaridad a la actitud del hombre actual frente a la enfermedad, en orden al sentimiento y en orden a la interpretación? Algo he de decir acerca de ello.

Tipificado por la constitución psicosomática, por el género de la dolencia y por la situación histórico-social, el sentimiento de la enfermedad adquiere individualidad personal en virtud de una serie de instancias, que aquí no puedo sino enumerar: el ocasional estado de la conciencia psicológica del paciente, su constitución individual, su pasado biográfico, sus proyectos de vida, sus creencias personales, su idea de sí mismo. En mi libro *La historia clínica* he mostrado con algún detalle cómo todas esas instancias cooperan entre sí, y unitariamente determinan en el enfermo la vivencia de su enfermedad. Permítaseme remitir a esas páginas al lector interesado por el tema [21].

Conocemos ya la compleja estructura del sentimiento de la enfermedad: sus compo-

[21] *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico* (Madrid, 1950), págs. 692-707.

nentes genéricos y la concreción típica e individual de éstos. Sabemos también que ese sentimiento es personalmente interpretado por el paciente, y entre los diversos modos posibles de ordenar las innumerables interpretaciones personales —cada enfermo entiende a su modo la conexión entre su dolencia y su vida—, he creído conveniente atenerme al que nos brinda la historia del hombre occidental, dentro de la cual la enfermedad ha sido castigo, azar, reto y prueba. Parece, pues, que ha llegado la hora de preguntarse por el puesto y la función de la experiencia de la enfermedad en la general experiencia de la vida.

Consideremos el caso de un hombre civilizado, adulto y actual. En el nivel de su edad —cuarenta, cincuenta, sesenta años—, dispone de la experiencia que conjuntamente le han dado el mundo en que vive y su personal biografía. Frente a cualquier situación, y con deliberación mayor o menor, usará o no usará de la experiencia adquirida: como suele decir la filosofía popular, el hombre es el animal que tropieza dos veces en la misma piedra; y no sólo por torpeza, mas también, en ocasiones, por su expresa voluntad. Queriendo usar y no queriendo usar de su experiencia de la vida van creando los hombres su historia. Pues bien:

en esa total experiencia, ¿qué parte han puesto el padecimiento y la contemplación de la enfermedad? Creo que lo hasta ahora dicho permite descomponer la respuesta en seis puntos sucesivos:

1.° La enfermedad nos hace conocer el *dolor físico*, en la más amplia acepción de esta palabra. Aprendemos gracias a ella la posibilidad y la realidad del dolor: que éste es constantemente posible en nuestra existencia, hasta en los momentos en que nuestra salud parece ser más segura y floreciente, y que, cuando surge, hace penoso y aflictivo nuestro vivir. La condición de «valle de lágrimas» que el mundo posee se nos hace patente de muchos modos, y uno de ellos, tal vez el más elemental e irrefragable, es el que constituyen la enfermedad y el dolor.

2.° Muéstranos la enfermedad, por otra parte, la esencial *vulnerabilidad* de nuestra existencia. A la peculiaridad del curso real del tiempo humano, en el cual el presente vivido y nuestra constante pretensión de futuro van hundiéndose sin tregua en el pasado, llamábala Dilthey «la permanente corruptibilidad de nuestra vida» [22]. Pero nuestro vivir terreno no se deshace sólo porque

[22] «Die Abgrenzung der Geisteswissenschaften», en *Gesammelte Schriften, VII* (Leipzig und Berlin, 1927), pág. 72.

su estructura temporal consista en deshacerse día a día, mas también porque ese «deshacimiento» suyo puede ser súbito y total en cada momento; en suma, porque nuestra vida física es constitutivamente «vulnerable». Además de ser mortal, el hombre puede morir insospechadamente en cualquier momento, y así se lo enseña su experiencia de la enfermedad.

3.° No con menor patencia nos es revelada la *menesterosidad* de nuestra vida. El hombre es un ser deficiente; constantemente necesita de lo que no es él, y ante todo de los otros hombres. Para advertirlo no necesita estar enfermo, bástale retraerse hacia su intimidad. Sólo en algún momento de embriaguez extática y operativa —toda operación es un éxtasis— puede creerse autosuficiente. Pero esta constitutiva menesterosidad del ser humano se hace especialmente sensible y expresa en la enfermedad. Sentirse enfermo es advertir que en el seno de uno mismo grita herida y doloridamente nuestra íntima necesidad de convivencia [23].

4.° La enfermedad nos manifiesta que

[23] Acerca de la menesterosidad biológica del hombre, véase «Constitución, transferencia y coexistencia», de J. Rof Carballo, en *Medicamenta*, XXX (1958), págs. 247-251.

nuestra existencia terrena siempre puede ser aflictiva y siempre es vulnerable y menesterosa; mas también nos dice que, pese a todo ello, esa existencia «vale» para nosotros. La enfermedad nos hace presente el *valor* de nuestra vida. Hasta en los trances más dolorosos queremos seguir viviendo, y no sólo por la esperanza de que el dolor cese. Más aún: nuestra vida se rebela afectiva y operativamente contra la enfermedad, lucha con ella y muchas veces la vence. Lo cual también demuestra que la vida humana vale. El valor de nuestra vida se nos patentiza subjetivamente en nuestro deseo de que continúe, y objetivamente en nuestra real capacidad para lograr a veces esa continuación [24].

5.° Hácenos conocer la enfermedad, además, la radical *cuestionabilidad* de la vida humana. El sentimiento de amenaza es parte constante de la vivencia de enfermedad. Pues bien: cuando uno siente su vida amenazada, se ve íntima y necesariamente compelido a plantearse la cuestión del sentido que la totalidad de esa vida pueda tener. No sólo los actos humanos tienen un «para qué» particular en el alma de quien los eje-

[24] Tal capacidad es a la vez «natural» (la propia de la naturaleza del enfermo) y «técnica» (la concerniente al saber del médico).

cuta; también lo tiene la vida individual en su conjunto, aunque el quehacer cotidiano nos impida muchas veces advertirlo o embote otras el perfil de nuestra advertencia. Sacándonos de la cotidianidad, recluyéndonos amenazadamente en nuestra soledad más propia y personal, el hecho de estar enfermo nos hace sentir que nuestra vida terrena es cuestionable en su misma entraña metafísica. La enfermedad nos ilumina acerca de nosotros mismos, radicaliza el carácter autoconsciente de nuestra existencia. No es infrecuente que el riesgo de morir haga recordar súbita y sinópticamente al enfermo toda su vida pasada. La entrañable necesidad que nuestra existencia tiene de preguntarse por sí misma, es como ayudada por esa suerte de visión abarcante y recapituladora.

El descubrimiento de esa nuestra radical cuestionabilidad puede conducir a términos muy distintos entre sí. Muchas vidas triviales y no pocas de las vidas personalmente inmaturas —tal es el caso de los jóvenes enfermos— adquieren así la profundidad y la integridad que les faltaba. Las conversiones que a veces subsiguen a enfermedades graves —en el sentido de la *conversio fidei* o, más tenue y frecuentemente, en el de la simple *conversio morum*— son

asimismo consecuencia de aquel descubrimiento [25]. Mas también lo es la desesperación de quienes, movidos por el sentimiento de enfermedad, se preguntan por el sentido último de su vida y no logran obtener respuesta satisfactoria. No se olvide que esa respuesta no puede ser sino creencial, y que en toda creencia hay algo gratuito.

6.° Pone de relieve la enfermedad, en fin, la constitutiva *interpretabilidad* de la vida humana. La vida, decía yo antes, no es sólo hecha y sentida, es también interpretada. Más aún: la interpretación es parte esencial de la vivencia del propio vivir. Interpretada por quien la sufre o por quien la considera, la enfermedad ha sido a lo largo de la historia castigo, azar, reto y prueba. ¿Qué parece ser hoy la enfermedad? ¿Cómo suele interpretarla el hombre actual?

El hombre actual, que ha descubierto la «repetición» en el seno de la conciencia histórica y de la vida misma (Heidegger), y a cuya existencia pertenece, con deliberación mayor o menor, lo que en otra parte he llamado «voluntad de plenitud histórica» [26],

[25] De nuevo remito al trabajo de Marco Merenciano antes mencionado.

[26] *Historia de la Medicina. Medicina moderna y contemporánea* (Barcelona, 1954), pág. 699.

repite y actualiza sin proponérselo todas las interpretaciones de la enfermedad que ha ido alumbrando el curso de la historia universal. Para el hombre de nuestro tiempo, la enfermedad es *a la vez* castigo, azar, reto y prueba. Variará en cada caso el contenido de cada una de esas palabras, según sea el sistema de creencias y convicciones; predominará en el cuadro total de la interpretación uno u otro de esos cuatro momentos; pero un análisis delicado y profundo del alma del enfermo mostrará siempre cómo los cuatro están operando en ella. A la manera de Hegel, podríamos decir: «Hasta aquí ha llegado la experiencia de la enfermedad» [27].

La general experiencia de la vida —y, dentro de ella, la experiencia de la enfermedad— pertenecen por derecho propio a la vida personal del hombre; con otras palabras, a su condición de ente libre. La experiencia de la vida se halla íntimamente afectada por la libertad de quien la adquiere y posee, y así en orden a su adquisición, como en orden a su posesión y empleo. El

[27] No puede ser más amplio. Dejo al lector —y más al lector médico— la tarea de exponer con algún pormenor empírico cómo la enfermedad es para el hombre actual castigo, azar, reto y prueba.

hombre puede en cada momento utilizarla o no utilizarla, y en el área de ese «poder» se mueve su libre voluntad. Yo diría que el hombre actual *quiere* utilizar con especial empeño una parte de su experiencia de la enfermedad, la parte sombría o negativa; *quiere* por tanto —lo viene queriendo con harta frecuencia— acentuar cuanto en su vida es aflicción, vulnerabilidad, menesterosidad, cuestionabilidad. Pero tal vez ha iniciado ya el olvido de esa experiencia, o la sustitución de lo que en ella es sombrío y negativo por lo que es en ella positivo y luminoso: la voluntad de vivir, la necesidad de esperar, el descubrimiento y la afirmación del valor de la vida. No utilizar la experiencia es muchas veces torpeza. Mas no siempre; también puede ser señal y condición de brío arriesgado y creador. También puede ser, en definitiva, gloria del hombre.