

Factores Biopsicosociales y Algología Antropológica en el paciente con Dolor Crónico

Fernando Martínez-Pintor



Reial Acadèmia Europea de Doctors
Real Academia Europea de Doctores
Royal European Academy of Doctors

BARCELONA - 1914



FERNANDO MARTÍNEZ-PINTOR, es Médico especialista en Reumatología, Doctor en Medicina y Cirugía y en la actualidad dirige el Instituto de Reumatología y Antropología Medica de la Clínica Ntra. Sra. Del Remei de Barcelona.

Miembro de Honor de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (sociedad fundada en 1955), Presidente/Fundador del Círculo de Psicosomática y Antropología Medica de Barcelona, Miembro de l'Académie Suisse pour la Médecine Psychosomatique et Psychosociale, Miembro de Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin un Ärztliche Psychotherapie, Gouvernace pour l'Espagne de la Non Pharmacological intervention Society, Director de "Las Mañanas de la SEMP, Co-Fundador del Grupo Iberoamericano de Antropología Medica, etc.

Autor de numerosos artículos y publicaciones en prensa especializada y de tres libros sobre las repercusiones que las emociones y el sufrimiento tienen sobre la enfermedad.

Su vida profesional ha girado en torno a tres campos;

1.-Asistencia Médica, labor que realiza en la actualidad con la dirección de Instituto de Reumatología y Antropología Medica de Barcelona.

2.-Docencia Es conferenciante invitado habitual en Congresos y Universidades tanto a nivel nacional como Internacional. Ha organizado, colaborado y dirigido diferentes cursos de otras tantas sociedades científicas tanto españolas como europeas.

3.-Investigación. Su línea de investigación se ha centrado en la búsqueda de marcadores bioquímicos de las emociones y en particular del sufrimiento humano, así como su eventual repercusión somática. Sus estudios se han publicado tanto en Congresos internacionales, como en Revistas de impacto, así como en la edición de tres libros sobre el tema del dolor, el sufrimiento y su psicofisiología.

Factores Biopsicosociales y Algología Antropológica en el paciente con Dolor Crónico

Excmo. Sr. Dr. Fernando Martínez-Pintor

Factores Biopsicosociales y Algología Antropológica en el paciente con Dolor Crónico

Discurso de ingreso en la Real Academia Europea de Doctores, como
Académico Correspondiente, en el acto de su recepción
el 15 de febrero de 2023

por

Excmo. Sr. Dr. Fernando Martínez-Pintor
Doctor en Medicina y Cirugía

y contestación del Académico Numerario

Excmo. Sr. Dr. Joaquín Callabed Carracedo
Doctor en Medicina y Cirugía

COLECCIÓN REAL ACADEMIA EUROPEA DE DOCTORES



Reial Acadèmia Europea de Doctors
Real Academia Europea de Doctores
Royal European Academy of Doctors
BARCELONA · 1914

www.raed.academy

© Fernando Martínez-Pintor

© Real Academia Europea de Doctores

La Real Academia Europea de Doctores, respetando como criterio de autor las opiniones expuestas en sus publicaciones, no se hace ni responsable ni solidaria.

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del “Copyright”, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

Producción Gráfica: Ediciones Gráficas Rey, S.L.

Impreso en papel offset blanco Superior por la Real Academia Europea de Doctores.

ISBN: 978-84-09-47930-6

D.L: B-3975-2023

Impreso en España –Printed in Spain- Barcelona

Fecha de publicación: febrero 2023

A mi madre.

⊗ AGRADecIMIENTOS

A mi familia que ha soportado y soporta las horas de estudio y trabajo de toda una vida.

A todos los profesores, doctores y amigos que a lo largo de mi vida han influido en mi formación, tanto en España como en Hispanoamérica y Europa, entre los cuales me gustaría destacar a, Juan Martínez Cabello, Benjamín Fernández Ruiz, A. Fernández-Cruz, Jacques Sany, María Pintor López, Dominique Bounneau, Eliane Ferragut, Fernando Lolas Stepke, Jordi Cervós Navarro, Nuria Durany Pich, con una mención muy especial al Dr. Joaquín Callabed Carracedo, por su erudición y su estímulo intelectual permanente.

A mis pacientes, sin cuyo cariño, no habría podido llevar más de cuarenta años desarrollando mi actividad asistencial a la vez que la docente y la investigadora.



ÍNDICE

Agradecimientos	9
DISCURSO DE INGRESO	13
INTRODUCCIÓN.....	13
1.- SALUD Y ENFERMEDAD; CONCEPTOS Y DEFINICIONES.	15
2.- ¿POR QUÉ ENFERMAMOS? LA MEDICINA EVOLUTIVA Y OTRAS CAUSAS.....	25
3.- FACTORES BIOPSIOSOCIALES EN LA ENFERMEDAD.	43
4.- MEDICINA Y FILOSOFÍA.....	57
5.- SUFRIMIENTO.	65
6.- ANTROPOLOGÍA MÉDICA. CONCEPTO Y DEFINICIÓN.....	91
7.- MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA. MEDICINA HOLÍSTICA.....	117
8.- AXIOLOGÍA Y BIOÉTICA.....	123
9.- MEDICINA BASADA EN LAS PRUEBAS.....	145
10.- SÍNDROME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL Y 151 ALGOLOGÍA ANTROPOLÓGICA.....	151
11.- LAS NEUROCIENCIAS Y SU APLICACIÓN A LA CLINICA DIARIA.....	165
12.- CONCLUSIONES.....	185
13.- BIBLIOGRAFÍA.....	187
DISCURSO DE CONTESTACIÓN	193
Publicaciones de la Real Academia Europea de Doctores	217



❖ INTRODUCCIÓN

En los últimos cinco años, se ha producido una revolución en el conocimiento del dolor crónico. La visión de la enfermedad dolorosa se ha modificado sustancialmente, al reconocer la Organización Mundial de la Salud, (en adelante OMS) y las sociedades de estudio del dolor, como la International Association for the Study of Pain (en adelante IASP), que las emociones de la persona son parte fundamental tanto en la etiología como cronificación de la enfermedad dolorosa.

Las enfermedades funcionales, como las definiera Charcot en el siglo XIX y que después matizara el gran neurólogo catalán Barraquer -Bordas, (2) se han visto asentadas y perfiladas en los últimos años con los nuevos conocimientos de psicofisiología y de neurociencias.

Este estudio pretende poner negro sobre blanco, en los conocimientos actuales y a la vez llamar la atención a los profesionales sanitarios de que, para entender bien la enfermedad dolorosa de nuestros pacientes, primero tenemos que entenderlos a ellos, su biografía, sus anhelos, sus ilusiones y frustraciones ya que como dice Joaquín Callabed (6)

“la ciencia puede decir lo que es exacto, pero no lo que es humano”

En esta visión antropológica del paciente, qué duda cabe que el sufrimiento es fundamental. Los últimos años han venido a confirmar este punto de vista, que ya insinuaran en Heidelberg de manera empírica a principios del siglo pasado.

La biografía, la sociología, la ecología además de la fisiología y la psicología, son partes fundamentales en la etiopatogenia y la evolución de la enfermedad, conceptos, todos ellos englobados en la definición de Algología Antropológica.



❧ 1.- SALUD Y ENFERMEDAD; CONCEPTOS, DEFINICIONES.

En 1948 la OMS definió la salud como

“Es un estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”

Lawrence S. Kubie (1896-1973), definía la salud como:

“Un estado raro, que a pesar de todo, no es patológico”.

El que fuese director del DSMO IV, el psiquiatra americano Allen Frances, criticó de manera vehemente la definición de la OMS de Salud, por cuanto obliga a que se considere “Trastorno”, a todo lo que se sale del “estado completo de bienestar físico, psíquico y social”, como de hecho, así ocurre en el DSM V.

En mi opinión, un concepto más apropiado que la definición de Salud, y quizás más preciso y certero es el de Calidad de Vida, porque nos mide más claramente la situación de las personas, al valorar varios aspectos:

- 1.- La calidad de vida es subjetiva.
- 2.-La calidad de vida es Multidimensional, es decir, se puede tener buena calidad de vida económica, mala intelectual, regular social, etc.

- 3.- La calidad de vida es dinámica, cambia con el tiempo, al cambiar las valoraciones que hacemos a lo largo de nuestra vida.
- 4.- La calidad de vida es compleja, se puede tener mucho de algo, poco de otra cosa, anhelar algo etc.

La Organización Mundial de la Salud, define la enfermedad así:

“Es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible”

A pesar de haber revisado la literatura extensamente, nadie cita de manera clara, cual fue la fuente primaria de esta definición de enfermedad de la OMS.

Salmerón Vigil y Casas Sánchez en 1974, definieron la enfermedad como:

“Una pérdida de salud, un estado defectivo/defectuoso de la vida humana”.

La definición de Salmerón, haciendo alusión a “un estado defectuoso de la vida humana”, abre la puerta de manera clara a una visión antropológica de la enfermedad, por cuanto habla en un sentido muy global de una existencia deteriorada.

No obstante, la esencia de la enfermedad está en la manera en que cada uno vive la ausencia de salud y que es propia de cada persona, diferente y característico de cada uno.

Así, Viktor von Weizsäcker definía la enfermedad de una manera también global, ya que consideraba enfermo a todo aquel

que se ve obligado, por las razones que sean, a acudir al médico, con independencia de que se pueda o no objetivar alguna alteración o pueda saberse o no su pronóstico a medio plazo.

Como dice Laín Entralgo en su ensayo “*La enfermedad como experiencia*”, la enfermedad nos hace tomar conciencia del dolor, del sufrimiento humano, de la “menesterosidad” que obliga a sentir la imperiosa necesidad de la ayuda de los otros. También la enfermedad entendida globalmente y en función de edades y culturas puede verse como:

- Un castigo: ¿La enfermedad se imagina como un castigo divino? ¿Por qué a mí me tiene que pasar esto?
- El azar: nadie está libre de enfermar. La mala suerte ha hecho que yo enferme.
- Un reto: el vencer a la enfermedad, el deseo de vencer, de poder derrotar a la enfermedad
- Una prueba: ¿Para qué he enfermado yo? Se busca dar sentido al hecho de enfermarse, al azar. Es bien cierto que la enfermedad estimula las virtudes de la paciencia y la generosidad, tanto del enfermo como de los que le acompañan durante el proceso.

Realmente, el paso de estar sano a estar o sentirse enfermo, a veces es un instante de la vida, que marca de manera emocionalmente importante a la persona. Este paso, llamado nosogénesis o “mutación funcional” por Weizsäcker, condiciona el futuro de la persona.

La nosogénesis, en ocasiones comienza con tenues y lábiles cambios que se perciben como algo banal y que en ningún caso producen la menor inquietud en el paciente, el cual se limita

a intentar superar estos cambios bien con una consulta a algún profesional o amigo, o bien por sí solo, atribuyendo estos primeros síntomas a algún acontecimiento previo al debut de cuadro patológico.

En una segunda fase entendida como la persistencia de la sintomatología, aparece lo que Madrid Arias llamaba “tintes afectivos” del síntoma, es decir, el paciente comienza a preguntarse por la gravedad del cuadro que presenta y por las posibles complicaciones para su vida y a imaginar diferentes pronósticos que pudiera tener. Con esta ideación entorno a la enfermedad, comienza a modificarse el estado de ánimo de la persona, con aparición de posibles ideaciones catastrofistas, que se traducen en suprimir de manera más o menos drásticas muchas o todas sus actividades habituales, especialmente las referidas al ocio. En estos momentos pueden aparecer así mismo, cuadros de ansiedad y de tristeza, en función de que el proceso prospere o mejore. Para Weizsäcker este sería el comienzo real de la enfermedad, independientemente de que la enfermedad en estricto sentido se haya iniciado antes y hubiera estado cursando de manera presintomática.

A veces la enfermedad del tipo que sea, en vez de aparecer de manera tenue, debuta de manera más explosiva, súbita, dando lugar a un fogonazo emocional en la persona, que percibe súbitamente amenazada su vida, su integridad y sus proyectos. Emocionalmente este debut, a veces, es tan vehemente que el paciente queda sumido en un estado de ideación recurrente, un vagabundeo mental muy nocivo que el hipocondríaco Kant definía como “el pánico en las tinieblas”.

En 1951 el sociólogo Talcott Parsons definía el “rol de enfermo” como el intercambio social en el que participa no solo el médico, sino el ambiente en el que el paciente esté inmerso sea

este laboral, legal, social, etc. Sería algo así como el “fenotipo de enfermo”. Este rol se ve regulado, obviamente, por normas explícitas e implícitas. Es decir, en el momento en que la sociedad toma conciencia de que una persona de esa sociedad tiene determinada enfermedad, su rol dentro de ella se ve modificado. Socialmente al enfermo se le atribuye el derecho a ser eximido y ser liberado de sus obligaciones habituales, laborales, sociales, etc. pero también es verdad, que la sociedad le impone de manera tácita la obligación de buscar su curación, a través de una ayuda técnicamente competente, en la que el paciente debe participar, ayudar y colaborar, poniendo el máximo interés para su recuperación. Esta obligatoriedad del paciente es motivo de reflexión, ya que, en muchas ocasiones, los profesionales sanitarios nos quejamos de la poca adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes y lo rápido que olvidan las indicaciones que le damos para facilitar su curación o incluso las muchas ocasiones en las que el paciente pone en duda los tratamientos que se le prescriben, lo que lógicamente acarrea el abandono del tratamiento.

Para Lolás (21) los principios de la Bioética, de los que luego hablaremos, son aplicables, tanto al profesional que intenta ayudar al enfermo como al enfermo mismo, que, en ningún caso, debería buscar beneficios en su enfermedad. Esta bidireccionalidad en la forma de ver la enfermedad, entre profesional y paciente, es lo que se ha dado en llamar “Bioética de la Reciprocidad”

El “rol de paciente” es diferente del “rol de enfermo” del que hemos hablado, por cuanto, obviamente, se puede ser paciente sin sentirse enfermo. Es decir, una persona puede estar enferma, ser paciente, pero encontrarse perfectamente y desarrollar una vida sociolaboral normal. Tal es el caso de los tumores que son asintomáticos durante un tiempo o también los pacientes

epilépticos o incluso los pacientes que sufren de alguna enfermedad reumática que cursa a brotes, pasando el paciente largos periodos de tiempo asintomáticos. Este tipo de pacientes realizan una vida normal, salvo en los momentos puntuales que sufren las crisis, es decir, están enfermos, pero no tienen las connotaciones sociales, laborales y personales que tiene el rol de enfermo.

William Fordyce fue el primero en 1975, (16) en describir la “conducta del dolor” concepto con el que se refería a aquellas personas afectadas de dolor crónico que manifiestan tanto un lenguaje verbal, con quejas verbales, gemidos, como una expresión corporal muy manifiesta a base de muecas, posturas, fricciónándose, tocándose reiteradamente diversas partes del cuerpo, etc. Con toda esta expresividad que puede incluso ser inconsciente, el interlocutor, cualquiera que sea, cónyuge, terapeuta, etc. percibe el dolor o el sufrimiento del paciente de manera intensa, lo que en ocasiones puede llevar, si las quejas son frecuentes y muy visibles, a generar cierto rechazo en sus interlocutores y en su entorno personal, con el perjuicio que esto puede producirle. De esta conducta de dolor, se pueden desprender en ocasiones ganancias afectivas, a veces inconscientes.

David Mechanic y Volkart (1961) definieron el concepto de “conducta de enfermedad” como el conjunto de percepciones, pensamientos y sentimientos, que aparecen en la persona al saberse enferma, que afectan a sus limitaciones funcionales y en consecuencia a su entorno social. Es un concepto muy parecido al ya descrito por Parsons en 1951, como rol de enfermo.

En todo caso el contacto con la enfermedad produce en la persona un impacto importante que le hace modificar sus expectativas de vida. Pero hemos de matizar un concepto de capital importancia, estar enfermo o sentirse enfermo.

- *Disease*, es la enfermedad vista desde nuestros criterios profesionales sanitarios occidentales. La persona está enferma, según nuestros cánones académicos.
- *Illness*, aflicción o malestar que sufre el paciente en base a sus biografías su cultura y su ambiente. Es la manera en la que el paciente vive su enfermedad.
- *Sickness* o dimensión social de la enfermedad, evaluación de la enfermedad, según el estado o las administraciones correspondientes.

Para Laín (19) “sentirse enfermo” o “estar enfermo” se puede estudiar desde tres puntos de vista:

- 1- Algunas enfermedades orgánicas en su inicio son difíciles de diagnosticar, porque los métodos actuales de que disponemos para el diagnóstico no han llegado a visualizar la alteración de que se trate. Sin embargo, la persona ya se siente enferma. Este sería el punto donde las alteraciones funcionales de Charcot, hacen su acto de presencia. El paciente se siente enfermo con todos los condicionantes sociales, familiares, laborales que esto acarrea y que acabamos de citar, pero además el paciente, llegado a esta situación, puede iniciar un recorrido de visitas a diferentes profesionales sin que ninguno de ellos pueda darle no solo una solución, sino tampoco un diagnóstico. Es el llamado Síndrome de Ulises por Roig Escofet, en el que el paciente va buscando profesionales que le ayuden, como respuesta a los cantos de sirena que el paciente oye. Esta sensación de estar enfermo dice Laín que se traduce en un “malestar amenazante”, ya que hace vivir al paciente la posibilidad de la muerte o la de modificar su forma de vida y sus proyectos.

“Sentirse enfermo”, es expresar sentimientos de enfermedad sin que el médico pueda hallar alteraciones que justifiquen estas molestias (Illness). Esta situación es frecuente desgraciadamente, hoy en día, ya que muchos profesionales sanitarios, al no objetivar ninguna alteración en las pruebas realizadas al paciente, pueden no atender suficientemente la demanda de este, hecho percibido así por el paciente, lo que genera en él, el consiguiente desasosiego y malestar.

Es verdad que cuando hay esta disociación entre las molestias que refiere el paciente y las pruebas que resultan anodinas, existe la remota posibilidad de que se trate de un simulador, hecho sin duda, excepcional. La inmensa mayoría de las veces es un enfermo real pero que la medicina actual, no puede todavía visualizar la alteración que presenta porque las pruebas diagnósticas que hacemos hoy en día siguen siendo limitadas. Ante esta situación de disociación entre la clínica del paciente y los hallazgos en las pruebas, si el profesional que está visitando a este paciente, tiene un punto de vista muy dogmático y sigue todavía la superada tendencia de medicina basada en las pruebas, etiquetará al paciente como funcional, pitiático o neurótico con las consecuencias que puede producirse en la salud del paciente. La sospecha de que estos enfermos padezcan una lesión bioquímica, microscópica, enzimática, de neurotransmisores, que todavía hoy no es objetivable y Walshe-Barraquer-Bordas la definieron como Lesión Bioquímica o Charcot, como Lesión dinámica o funcional, debe ser tomada en cuenta. Desgraciadamente algunos profesionales mantienen una actitud comparable a Santo Tomás.

Sentirse enfermo es vivir el riesgo de morir, o sentir amenazada la propia biografía, la integridad, la posibilidad de llevar a cabo los proyectos y las ilusiones. Pero, además, es percibir un sentimiento de soledad, que afecta a la esencia misma

de la persona, independientemente de que haya o no una enfermedad real.

En todo caso, es labor del terapeuta, acompañar al paciente e informarle de los estudios que se están realizando, buscando identificar el proceso de que se trate. Aquí la Medicina Participativa juega un papel fundamental, al explicar al paciente que, con los métodos actuales de conocimiento, en ocasiones, no podemos afinar más el diagnóstico, pero y fundamental, que nadie duda de que los síntomas son absolutamente reales y que ayudaremos con las armas terapéuticas de que disponemos. Indudablemente con esta Terapia Pedagógica evitaremos en buena parte, que el paciente no se entregue al mundo de las tinieblas, con el pánico que esto puede representar y comience a realizar un recorrido de visitas a profesionales, que además suele ser frustrante e infructuoso.

- 2- El caso contrario está representado por un paciente asintomático, pero que presenta una alteración orgánica que ha sido visualizada por el médico, bien como “hallazgo casual” al realizar una exploración sin aparente relación con la lesión orgánica encontrada, o bien formando parte de un chequeo rutinario. La persona esta asintomática, pero está enferma.
- 3- Por último, es cuando el descubrimiento de la lesión es posterior a la aparición de los síntomas. Diarrea, en enfermedad de Kron, monoartritis de rodilla en las Artritis Reumatoides, etc. Este suele ser el recorrido habitual de los pacientes en las consultas médicas.

La persona enferma tiene el derecho e incluso el deber de conocer los detalles de su enfermedad, saber el pronóstico, la duración, las posibles complicaciones que pueden aparecer en el transcurso de los días, los tratamientos que pueden

aplicarle y los efectos colaterales que de ellos se pueden derivan. Es la medicina participativa en la que no nos cansaremos de insistir. El paciente lógicamente busca información a través de familiares y amigos para conocer más, pero sobre todo a través de internet y de las redes sociales. Desgraciadamente, la información que recibe a través de las redes no siempre es la correcta y verdadera, o, mejor dicho, casi nunca es la correcta ya que esta información de internet no está sometida a los filtros necesarios, ni a las mínimas normas éticas que rigen las actitudes médicas. En estos casos, el paciente tiene la información, pero no tiene el conocimiento. Todo tipo de empresas, disponen hoy en día de un departamento que se dedica exactamente a esto, a controlar las redes para promocionar sus productos de manera subliminal, si fuera preciso incluso, manipulando la información de la manera más ignominiosa. Los profesionales deberíamos participar más en este tema de control de las redes sociales, pero la escasez de tiempo no lo permite. El futuro está, qué duda cabe, en dar cabida a la “Medicina Participativa” donde el paciente tenga la información necesaria de su enfermedad y él mismo bloquee las informaciones tendenciosas que a través de las redes le puedan llegar.

Esta Medicina Participativa intenta conseguir que el enfermo participe de su proceso asistencial, a través de una “Terapia Pedagógica” realizada por expertos en la materia de que se trate, bien sea en la forma de Terapia de grupo, bien en relación directa terapeuta-paciente, bien a través de coloquios, cinefóruns, etc. Con esta Terapia pedagógica, se busca mejorar la formación del paciente para conseguir una mayor adhesión al tratamiento por su parte, pero a la vez y esto es importante, mayor responsabilidad por parte del paciente en su curación.



❖ 2.- ¿POR QUÉ ENFERMAMOS? LA MEDICINA EVOLUTIVA Y OTRAS CAUSAS

Probablemente la forma de enfermar se haya ido modificando a lo largo de la historia de la humanidad. Desde el punto de vista filogenético, algunos autores españoles, como Benjamín Fernández Ruiz o Juan Luis Arsuaga, subrayan el hecho de que las enfermedades actuales no contradicen la teoría de la evolución, que sería lo lógico.

Sería lo lógico, porque recordemos que Darwin afirmaba que, en la evolución, sobrevivían los más aptos, los más adecuados a las situaciones ambientales. Lógicamente, después de cinco o seis millones de años de evolución, que hace aparecieron los primeros Australopitecos, sería lógico pensar que, a estas alturas, no tendría por qué haber enfermedades al habernos ido “adecuando” al medio ambiente.

De hecho, el reciente Premio Nobel, del año 2022, el sueco Svante Pääbo, en base al hallazgo en el año 2008, de un fragmento de dedo en el sur de Siberia, con una antigüedad de 40.000 años, ha demostrado que estos homínidos, poseían el gen EPAS1, que confiere la capacidad de supervivencia estando a gran altura, es decir, es un gen que se activa cuando hay poco oxígeno ambiental. La adaptación de los más aptos, de los más adecuados, se pone de manifiesto al observar en el Homo Denisovaro el mismo gen que poseen los actuales tibetanos que

viven en las montañas más altas del mundo, donde el oxígeno escasea.

Muchos autores de los llamados neodarwinistas, como George Gaylor Simpson, consideran que la evolución filogenética está regida por el ambiente, por lo que denominan “contingencias adaptativas”, según las cuales, los corrimientos de tierra, las glaciaciones, los terremotos estarían en la raíz de la evolución, sin considerar que la evolución, pueda tener una finalidad. El mismo J. Monod, en su libro publicado en 1972, “El azar y la necesidad”, postulaba que la biosfera tiene comportamientos imprevisibles y que se rige según el principio de objetividad, es decir, hay causalidad, pero no hay finalidad. En esta línea, podríamos pensar que la aparición de la Tecnología sería una contingencia adaptativa (no olvidemos que la palabra Tecnología quiere decir Técnicas con conocimientos o con finalidades). Realmente podríamos pensar con Fernando Lolas, (23) que estamos creando una sociedad híbrida, formada por la naturaleza humana y la tecnología, ya que esta hoy en día, es parte activa e indisoluble de nuestra sociedad. En mi opinión, esto también es una contingencia adaptativa desde el punto de vista filogenético que aún no sabemos a dónde nos puede llevar, baste observar el aumento de patologías osteoarticulares en las manos, que vemos a día de hoy en las consultas, secundario sin duda a la reiteración ergonómica.

Esta concepción no finalista de la evolución se opone a la idea aristotélica de “la causa final”, englobada dentro de la teleología, cuyos representantes más destacados son Teilhard de Chardin y Henri Bergson, según los cuales, la evolución filogenética, tiene un fin concreto. Podríamos citar aquí incluso en esta línea finalista, el concepto de “Intencionalidad de Brentano”, según el cual, todos los fenómenos que nos acurren tienen un fin, incluso el amor, el odio, etc.

Para Teilhard, la evolución tendría como fin llegar al punto Omega, con la unión de capacidades intelectuales, en el espacio que Teilhard denominaba Noosfera.

Recordemos que Vladimir Verdasky, había dividido nuestro planeta en Litosfera (continentes y océanos) Atmosfera (gases), Tecnosfera (detritus del hombre) Biosfera (seres vivos), a los que Teilhard añadiría la Noosfera.

Henri Bergson, además de profundizar y analizar desde el punto de vista filosófico el concepto de tiempo, sin limitarse a la definición de la física, introdujo el concepto en 1907, de “élan vital” o impulso vital, como una fuerza vivificadora, que abre todas las posibilidades de evolución a la especie humana, dentro de la espiritualidad.

Sea como sea la evolución, neodarwiniana o finalista, es evidente que marca nuestra manera de enfermar. En 1991, de la mano de George Williams (Biólogo) y Randolph Nesse (Psiquiatra), nació la Medicina Evolutiva, a través de un artículo en el que recogían una serie de causas, que hemos creado en nuestras sociedades y que probablemente tienen de alguna manera, un efecto patógeno sobre nuestras vidas (29). Esta medicina evolutiva está basada sin duda alguna, en los artículos publicados entre 1937 a 1942, por el mismo George Simpson, con Theodosius Dobzhansky y Ernst Mayr, que aunaron diferentes teorías creando el Neodarwinismo o la también denominada, Síntesis Evolutiva Moderna o Teoría Sintética Evolutiva.

La Síntesis Evolutiva Moderna integra los siguientes conceptos.

- 1.- Teoría de la Selección natural de Darwin.
- 2.- Teoría Genética de Mendel.

- 3.- Teoría de la Mutación Aleatoria. Mutación es el cambio debido al azar en la secuencia del ADN o del RNA, de un ser vivo, que produce una variación en su fenotipo, y que no necesariamente se transmite a su descendencia. Se presenta de manera espontánea, o por la acción de mutágenos. Llamamos mutágeno, que en latín quiere decir, origen del cambio, a un agente, químico, físico o biológico, que modifica la información genética. Cuando esta mutación se produce en las células somáticas del individuo se llama Mutación Somática y no tiene trascendencia evolutiva. Pero cuando esta mutación afecta a las células productoras de gametos, entonces reciben el nombre de Mutaciones en la Línea Germinal, y estas mutaciones se transmiten a la siguiente generación.
- 4.- Teoría de la genética de Poblaciones. Llamamos alelo a cada una de las formas fenotípicas que tiene un gen, por ejemplo, el color de los ojos. Llamamos frecuencia alélica a la frecuencia o proporción con que se manifiesta un determinado alelo. Llamamos Genética de poblaciones a la rama de la genética que estudia las frecuencias alélicas de una determinada población, con fines evolutivos.

Naturalmente que este concepto amplio de Medicina Evolutiva engloba las enfermedades que se presentan en determinadas sociedades, son los “*Culture-bound Syndromes*” o síndromes dependientes de la cultura, que:

“Son aquellos síndromes que se producen exclusivamente en contextos culturales concretos y que por tanto no parecen responder a la universalidad de los procesos mórbidos”.

Este síndrome ligado a la cultura se incorporó al DSM IV de 1994 y al CIE 10, como “trastornos específicos de la cultura”. Posteriormente en el DSM V, estos síndromes se incluyeron en el apartado “Trastornos de Ansiedad” en el epígrafe 300.09 como: “Otro trastorno de ansiedad especificado” definiéndolo como, síntomas característicos de un trastorno de ansiedad, pero que no cumplen todos los criterios de los otros grupos de trastornos de ansiedad. Pero sorprendentemente, cuando miramos las enfermedades que incluyen tanto el DSM V como el CIE 10, nos encontramos con estas patologías:

- Ataque de nervios, corresponde a áreas hispánicas y Filipinas
- Síndrome Dhat, corresponde geográficamente a la India.
- Enfermedad del fantasma, geográficamente ubicada en el nativo americano.
- Susto, se da en los latinos de Estados Unidos, México y Sudamérica.

Indudablemente estos síndromes dependientes de la cultura que recogen el DSM V y el CIE 10, son ridículos frente a la realidad. Esta visión reduccionista y con un sesgo étnico que excluye a Europa y Estados Unidos de padecerlos, no se corresponde con la realidad, por cuanto existen muchos más síndromes y enfermedades, generados por la cultura y la forma de vida de cada civilización y país.

Con una visión más realista y antropológica, incluiríamos en estos síndromes enfermedades como la anorexia nerviosa, cantidad de somatizaciones como la fatiga crónica, la fibromialgia, intestino irritable, vértigos, etc. que se dan en occidente y que

son generados indudablemente por nuestro estilo de vida y que se corresponden con los síndromes ligados a nuestra cultura.

Desde este punto de vista, la Migratología, en tanto que ciencia que estudia las migraciones, también debe formar parte de los procesos ligados a la cultura y sin duda a la Medicina Evolucionista, por cuanto las patologías que presentan los inmigrantes están relacionadas con el país de acogida y con la pérdida del hábitat de la persona inmigrante. El nuevo hábitat (dieta, forma de vida, horarios, etc.) puede favorecer nuevas patologías y a su vez, el nuevo entorno puede modificar la evolución de una determinada enfermedad.

Y recíprocamente, la ciudad o país de acogida ve como en su hábitat aparecen individuos que pueden ser portadores de patologías propias del lugar de origen o como mínimo, que obligan a modificar conductas y actitudes sociales.

La medicina evolucionista denomina “soluciones de compromiso”, a aquellas soluciones que el organismo ha ido creando, para adaptarse a su situación actual, por ejemplo, la posición erguida, que produce los desgastes de la región lumbar, la bipedestación prolongada, el desgaste precoz de los deportistas, etc.

La medicina evolutiva, también nos aporta una visión realmente amplia de las causas por las que podemos enfermar. Pero no cabe duda de que otra causa muy destacable es sin duda alguna, las infecciones. Los virus, las bacterias, los microbios en general son organismos con los que compartimos biosfera y con los que luchamos cada día intentando ganar esa batalla de la “lucha por la biosfera”. Las infecciones han existido toda la vida y los agentes patógenos permanecen entre nosotros, de hecho, nuestras defensas van siempre por detrás de los agentes microbianos.

¡Está perfectamente demostrado y tristemente hemos tenido constancia de ello en la epidemia del siglo XXI por coronavirus, que el hacinamiento favorece el avance de las infecciones. La facilidad para la aparición de la enfermedad infecciosa se ve favorecido por las características que Julián Huxley (1887-1975), biólogo evolutivo británico que fuera también presidente de la Unesco, en 1941, consideraba inherentes al ser humano:

- las migraciones, es decir, salir de la región donde vive. Recordemos que el ser humano no necesita modificar sus órganos biológicos, para cambiar de ecosistema,
- y la exogamia, es decir, reproducirse fuera del grupo en el que ha nacido.

Estas características que podríamos englobar bajo el término ya mencionado de Migratología, han favorecido a lo largo de la historia la propagación de las enfermedades infecciosas.

A finales del siglo XVIII, en plena ilustración, se postulaba que las epidemias se producían por el paradigma “miasmático”, es decir por el estado de la atmósfera de las ciudades. Era la llamada “Medicina Urbana Francesa” donde se trataba de buscar en las ciudades, corredores de aire para salvaguardar la salud de la población. Se llegó incluso a calcular el número de muertes evitadas por la demolición que hicieron de viviendas y edificios, que supuestamente entorpecían la ventilación y el paso del viento. Baste recordar que se derribaron las casas que estaban próximas al Pont Neuf (inaugurado en 1607) de París, con el fin de facilitar la ventilación de la ciudad.

También en ese periodo en Francia, surgió el concepto de “Medicalizar a un individuo”, con lo que se quería expresar el aislamiento al que se le sometía cuando estaba contagiado por

alguna enfermedad infecciosa. Los enfermos de lepra sufrieron esa medicalización. Hoy en día el concepto de medicalizar no se corresponde con el utilizado en Francia en el siglo XVIII, ya que actualmente medicalizar significa poner etiquetas de un diagnóstico médico a algo que forma parte de la miseria humana, como, por ejemplo, el duelo, la pena, la actividad de los escolares, etc. hecho duramente criticado por Allen Frances, respecto al concepto de trastorno, introducido en el DSM V como hemos comentado con anterioridad.

En Alemania, continuando con el siglo XVIII, se creó la “Policía Médica” (1764), en la que el médico era el único administrador de la salud, para el control sanitario de las epidemias, en un contexto donde la preocupación por el aire ambiental, como hemos dicho que pasaba en Francia, era fundamental.

Posteriormente Alemania dará un salto en su concepción de la enfermedad con la figura de Rudolf Virchow (1821-1902) quién por primera vez en la historia de la medicina, atribuye a ésta, a la medicina, la categoría de “ciencia social” (1849).

“La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en escala más amplia”

Recordemos que, por aquella época, hablamos del siglo XIX, toda Europa se vio azotada por varias epidemias de Cólera, producidas por la bacteria *Vibrio Cholerae*, que llegó a producir en todo el mundo diez millones de muertes.

En 1840, Friedrich Gustav Jacob Henle (1809-1885), profesor de anatomía en Zúrich (1840), Heidelberg (1844) y Gotinga (a partir 1852), planteó por primera vez en la historia el origen microbiano de las enfermedades infecciosas e incluso llegó a

hablar de la especificidad de los gérmenes que provoca cada enfermedad. Cada enfermedad infecciosa, decía, está producida por un germen determinado. Aunque quizás Henle, es más conocido por la descripción que realizó de una determinada estructura renal que lleva su nombre, no cabe duda de su importante visión de la enfermedad microbiana.

Es de justicia, recordar aquí la figura de John Snow quien, en 1849, observó que era una fuente localizada en el centro de Londres la culpable de que se extendiera la epidemia de cólera. Fue la primera vez, que se objetivó que las enfermedades infecciosas además de por las gotitas de Flügge y los Nucleos de Wells, se podían transmitir por aguas contaminadas.

En 1882, Robert Koch (1843-1910) visualiza por primera vez el bacilo de la tuberculosis, al que seguirán el del cólera, el estreptococo, la difteria, el neumococo. Consolidándose el modelo bacteriológico.

No podemos olvidar aquí, la extraordinaria contribución de Louis Pasteur, quien aportó el concepto de que toda enfermedad, y todos los síntomas y signos que aparecen, tienen una causa que hay que buscar y tratar.

Siguiendo con las causas que pueden producir enfermedades, podríamos citar a los genes. En España, no deberíamos hablar de genética, sin citar a Antonio de Zulueta y Escolano, (1885-1971) primer genetista español e introductor de la Teoría de la Evolución en España, ya que tradujo las obras de Darwin y de Mendel, en 1921 al castellano. Zulueta había estudiado con Thomas Hunt Morgan, padre de la genética estadounidense y durante la guerra civil española fue director interino del Museo de Ciencias Naturales.

Después de la guerra fue condenado al ostracismo por ser tanto el cómo su hermano de Izquierda Republicana.

Su gran descubrimiento fue demostrar que el cromosoma “Y” tiene genes y que estos genes también se transmiten a la descendencia, ya que, hasta entonces, se creía que solo transmitía información genética la madre a través de sus cromosomas “XX”. Zulueta, utilizando un escarabajo llamado *Phitodecta* observó esta transmisión genética a través del cromosoma “Y”. Este trabajo se publicó en 1925 en la revista del Museo de Ciencias naturales de Madrid.

No podríamos olvidar tampoco, hablando de genética, al español Severo Ochoa, quién en 1955 aísla en la *Scherichia Coli*, el enzima RNA polimerasa, relacionado con la síntesis del RNA. Un año más tarde, un discípulo suyo, Arthur Kornberg aisló la DNA polimerasa, por lo que ambos ganaron el Premio Nobel en 1959.

Obviamente, las enfermedades degenerativas, relacionadas con el envejecimiento es una causa indudable por la que podemos enfermar. La vejez no existe en los animales, existen los sanos o los muertos (los perros y caballos que viven en cautividad no son salvajes y en consecuencia sufren las consecuencias del cautiverio tanto como nosotros y enferman), pero el mantener la vida como se mantiene en la actualidad, gracias a los avances médicos, esto no existe en los animales salvajes.

En este sentido, nos podríamos preguntar cuál sería la edad hasta la que podríamos vivir si no tuviéramos los cuidados que la sociedad nos proporciona o dicho de otra manera ¿Cuál es la longevidad biológica de la especie humana? no la esperanza de vida, dato en el cual influye la mortalidad infantil, sino la longevidad. Es decir ¿Hasta cuantos años podríamos vivir si no

tuviéramos ninguno de los factores mencionados, ni tampoco los cuidados apropiados en caso de enfermedades?

Para contestar a esta pregunta podemos mirar lo que ocurre en tribus que viven como vivíamos nosotros hace dos o tres millones de años, es decir, solo alimentándose de manera vegetal o cazando, sin medicaciones, sin los cuidados actuales que se prestan tanto a mayores como a jóvenes. Estamos hablando, obviamente, del *homo sapiens* salvaje.

El pueblo de cazadores y recolectores llamado Hadza, de la Tanzania central, son el *Homo Sapiens* salvaje, viven igual desde hace cientos de miles de años, son salvajes, la transmisión de las costumbres es oral, no tienen calendario, no construyen viviendas permanentes, se alimentan de la agricultura de la que se ocupan mayoritariamente las mujeres y de los animales que cazan en la zona. Son aproximadamente mil personas de las cuales trescientos o cuatrocientos se dedican a la caza.

En esta tribu la longevidad está algo por encima de los 70 años. La esperanza de vida es mucho más baja, puesto que hay una mortalidad infantil muy alta, pero en el momento actual, en esta tribu hay personas de más de 70 años. Podríamos pensar que los 70 años, es la edad a partir de la cual, nuestra selección natural ha caducado. Estamos hechos para vivir 70 años, todo lo que vivamos de más, es prórroga. Siguiendo a Arsuaga, diríamos que la longevidad biológica de nuestra especie es de setenta años. De todos los primates somos los que tenemos la longevidad más larga.

Las causas de muerte en esta tribu de África y de alguna otra tribu de Paraguay que vive en las mismas condiciones, son, por ejemplo, los accidentes, que sufren por miles de causas, también las serpientes que hacen estragos entre estas tribus y

por supuesto las infecciones que están por todas partes al compartir biosfera con nosotros, pero muy especialmente, aquellas infecciones que les contagiamos los visitantes al no estar ellos inmunizados de las mismas enfermedades que nosotros. Obviamente, también mueren por las luchas y peleas que realizan entre ellos, incluso infanticidios. Pero la primera causa de muerte dice Arsuaga, y así queda registrado en los estudios que se hacen sobre su mortalidad en los pueblos cazadores y recolectores, es “quedarse atrás” (Left Behind). Es decir, cuando la persona se hace mayor y no puede seguir el ritmo de caza, de migración, de movilidad que tienen los demás, por sus características nómadas, entonces se queda solo, le dejan atrás. Los demás miembros de la tribu siguen su recorrido, su ritmo de vida y dejan al anciano con un fuego en una hoguera hasta que ese fuego se apaga y las hienas acuden por él.

Como vemos el concepto de vejez es un constructo social. Depende de la sociedad de la que hablemos, la vejez es considerada de manera diferente. En la vejez interviene naturalmente tres conceptos;

- las expectativas de vida.
- el contexto social.
- la biografía de la persona.
- la longevidad de esa determinada sociedad.

Lolas (22) utiliza el término de “Vejentud” para definir

la sensación subjetiva de vejez.

En la vejez hay que considerar tres ámbitos,

- 1.- Biológico, es decir las transformaciones que sufre el organismo a lo largo de los años. Si bien hemos de decir, que no

todos los órganos de nuestro cuerpo envejecen al unísono, el ritmo de envejecimiento del corazón en un persona es diferente al del riñón, etc.

Este factor biológico se relaciona con la medicalización de la vida, es decir la necesidad de asistencia médica de la persona conforme va cumpliendo años.

2.- Un segundo factor a considerar en la vejez sería el Biográfico. La vida pasa de modo más lento en el joven que en el viejo, de manera que en este punto hemos de considerar dos aspectos básicos:

a) El “sentido de la vida”. Uno como persona no tiene edad, se lo dan los otros, son los otros los que te van destituyendo. Tu eres el mismo pero los otros son los que te van haciendo saber que te haces viejo.

Evidentemente este concepto se relaciona con el de bi-personalidad de Christian (10). Este proceso, qué duda cabe, que puede afectar a la dignidad de la persona, por cuanto ya no es productiva, es como si se relacionara la Dignidad de la Persona con su Productividad, en la línea del ya citado Parsons.

b) El “significado propio”, es el significado de la vida de manera individual, la valoración de mi vida de lo que quiero hacer, de mis expectativas, de mis esperanzas de como quiero abordar el futuro. Este significado es independiente del sentido que viene marcado por los otros.

3.- El “Valor de la vejez” ya que no todas las sociedades valoran igual la vejez. Cada sociedad valora la vejez de una manera y dentro de cada sociedad, los diferentes estratos sociales, también la valoran de diferente manera. Baltasar Gracías, en su novela “El Criticón” hablaba de que, a la vejez, a lo que él

llamaba “El reino de la Vejecía”, se puede entrar por la puerta de los Honores si has tenido una vida de ayuda a los demás o por la Puerta de los Horrores, si tu vida ha sido lamentable

Miles son los ejemplos que podríamos poner que demuestran que estos mitos y estereotipos son injustificados. Por ejemplo, Laín dice “No hay jóvenes y viejos, hay jóvenes y enfermos”. Recordemos también a Charcot, cuando hablaba de que muchos pacientes jóvenes, presentan en algunas patologías, los mismos síntomas que las personas cuando son mayores. Incluso Marco Tulio Cicerón, uno de los fundadores del eclecticismo, en el año 44 antes de Cristo, escribió un tratado sobre la vejez titulado, “*De Senectute*” donde dice;

“Los necios, culpan a la edad de sus propios defectos y errores. Desde mi punto de vista hay cuatro razones por la que la gente considera que la vejez es una desgracia;

-nos aparta de la vida activa. Se cree que las mayores hazañas se logran con fuerza, la rapidez o agilidad física, cuando en realidad es con sabiduría, carácter y buen juicio y en la vejez se está sobrado de estas cualidades. La imprudencia es propia de la edad florida y la sabiduría de la marchita.

-se debilita el cuerpo, pero la mente se mantiene en forma mientras no se pierdan las ganas de estudiar y aprender. La oratoria de los viejos está dotada de serenidad y contención. Para ejercitar la memoria imito a los pitagóricos (movimiento filosófico-religioso griego, del siglo VI antes de Cristo, cuya creencia más destacada era que todas las cosas, en esencia son números), que hacen examen de conciencia por las noches. La senilidad se da solo en los ancianos que carecen de firmeza de ánimo y de voluntad, y caen en la modorra, la pereza y la indolencia.

-nos aparta de los placeres. La lujuria es la peor maldición que la naturaleza ha arrojado sobre el ser humano, pues genera pasiones incontrolables que buscan imprudentes su propia satisfacción. El anciano al privarse de banquetes, mesas atiborradas de alimentos y de copas siempre llenas de vino, se libra de la embriaguez la indigestión y el insomnio. Platón denominaba al placer, “el cebo del mal”. En cuanto a las copas, me gustan pequeñas y llenas de rocío, al fresco en verano y al sol o junto al fuego en invierno.

-no está lejos de la muerte, que solo puede hacer dos cosas, extinguir el espíritu humano por completo, en cuyo caso lo mejor es no preocuparse o conducirlo a la vida eterna. Los jóvenes albergan esperanzas de vivir más tiempo, pero esas esperanzas son vanas. Cuentan que el tirano Pisístrato (tirano de Atenas, siglo VI antes de Cristo) preguntó a Solón de donde sacaba el coraje para oponérsele con tanta obstinación, y este le respondió “de la vejez”. Cuando llegue el final, solo quedaran las obras realizadas con honestidad y virtud”

La psicóloga Becca Levy utiliza el termino de “Estereotipos Corporizados”, para referirse al hecho de que las personas que tienen opiniones negativas sobre su propio envejecimiento actúan de manera distinta a quienes tienen una visión más optimista del hecho de envejecer. En esta línea, Levy, estableció una lista de percepciones negativas contrarrestándolas con otras positivas;

Gruñón- optimista

Dependiente- capaz

Lento- vital.

Frágil- Confiado

Solitario- intenso afán de vivir.

Confundido- sabio.

Nostálgico- Emocionalmente complejo.

Desconfiado- relaciones estrechas.

Amargado- afectuoso.

Quiero destacar el concepto de “complejidad emocional”, que se refiere al hecho de que la gente mayor, experimenta más emociones positivas que negativas en su día a día. La persona mayor, experimenta una gran concurrencia de emociones positivas y negativas, motivo por el que siente más alegría a la vez que con frecuencia se le escapa una lagrimea. Para Elisabeth Blackburn, este estado de complejidad emocional, nos libera de los altibajos emocionales que sufren los jóvenes y favorece el que la persona mayor, tenga más control sobre lo que siente. Levy también observó que las personas mayores responden a las situaciones de estrés, de emociones intensas de manera más reposada, con frecuencia cardíaca y presión sanguínea más bajas.

En esta línea, Lolas habla de la Gerología, para referirse a la ciencia que nos enseñe como envejecer, facilitando las obligaciones morales, que nos permitan tomar el control de nuestra vida.

El gran peligro para la persona mayor es pensar que la vida ha terminado, enfundarse un chándal apoltronarse en la butaca, y esperar que aparezca la enfermedad.

Continuando con las causas que nos hacen enfermar, citaré ahora un reciente estudio publicado en abril 2022 por la Universidad de Alberta, Canadá, dirigido por David Wishart, en el que se considera al cáncer una enfermedad ambiental, es decir,

centrada en el exposoma, o lo que podríamos llamar “factores biopsicosociales”

El concepto de exposoma fue introducido por Christopher Wild en 2005, de la agencia Internacional para la investigación del cáncer, en estados Unidos, agrupando bajo este paradigma todos los factores no genéticos, que contribuyen a la enfermedad y que son considerados como ambientales, englobando, productos químicos, fármacos, alimentos, el estrés psicosocial, ruido ambiental, (recordemos que España es detrás de Japón el país más ruidoso del mundo, según la OMS en 2022, superando en 10 decibelios las recomendaciones de la OMS en ruido urbano) el sol, vacunas, radiaciones, etc., etc.



❖ 3.- FACTORES BIOPSIICOSOCIALES DE LA ENFERMEDAD

En el año 2015, la Organización Mundial de la salud, (Pikhart Hynek y Pikhartova Jitka, ambas de Londres, del College University y del Brunel University, respectivamente) emitió un informe en el que incluía una definición de los llamados Factores de Riesgo Biopsicosociales;

“son influencias sociales, culturales, ambientales que afectan a la salud y el comportamiento de las personas, y pueden considerarse los siguiente;

- apoyo social.*
- redes sociales.*
- integración social.*
- la soledad.*
- el capital social.*
- el duelo.*
- el entorno laboral.*
- la interrupción social.*
- la angustia psicológica.*
- la depresión.*
- la ira.*
- la hostilidad.*
- En el área laboral, se consideran estresantes:*

- carga de trabajo.
- demandas laborales.
- plazos estrictos.
- falta de control sobre el trabajo.
- desequilibrio entre el trabajo y la recompensa.
- satisfacción laboral relevante”.

Estos factores biopsicosociales, deben ser considerarlos como “Factores de Riesgo”, que según la definición del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, un factor de riesgo es

“Algo que aumenta la probabilidad de tener una enfermedad”

en ningún caso deben ser considerados según el “Principio de la Razón Suficiente” de Leibniz, que defendía que

“Todo lo que ocurre tiene una razón suficiente para ser así y no de otra manera, es decir, todo tiene una explicación suficiente”

es decir que todos los hechos aparentemente azarosos o multicausales, en realidad tiene una explicación y su aparente incompresibilidad es debida a no disponer de un conocimiento completo de los mismos.

Pero tampoco los factores biopsicosociales siguen el “Principio del Razonamiento Deductivo” de Aristóteles, según el cual los principios básicos de la deducción entran por los sentidos, es decir, primero los sentidos captan la realidad exterior y después deducimos sobre ellos, a través del método deductivo, estableciendo condiciones necesarias y suficientes para justificar la presencia de un hecho o en nuestro caso de una enfermedad.

Pero es real la importancia de los factores biopsicosociales en la aparición de determinadas enfermedades, considerados como factores de riesgo.

Dos autores españoles, en el siglo XIX destacaron la importancia del ambiente en la génesis de las enfermedades.

José María Esquerdo Zaragoza, natural de Villajoyosa (Alicante) nacido en 1842. Empieza la carrera de medicina en Valencia y la acaba en Madrid, así como el doctorado, finalizando su formación en 1865.

En 1866 gana por oposición la plaza de profesor en el antiguo Hospital General de Madrid, hoy Gregorio Marañón, bajo el reinado de Isabel II, encargándose de impartir la asignatura de Patología General y Enfermedades Mentales. Plaza que ocupó hasta 1900.

En 1875, se interesó por el estrés y el perjuicio que este ocasionaba a los habitantes de las grandes ciudades, es decir, la presión social de las grandes ciudades como factor patógeno, lo que hoy llamaríamos, síndromes relacionados con la cultura.

En tiempos de Alfonso XII, en 1877, Esquerdo creó su propio hospital en Carabanchel a las afueras de Madrid, para poder tratar allí a sus enfermos, siguiendo las tendencias de Breuer y posteriormente de Grodeck en Austria y Alemania respectivamente. Utilizó el teatro y la arteterapia como medio de expresión de sus pacientes y de familiares. Se le considera, por ello, el precursor de la Terapia Ocupacional y la Neuropsiquiatría.

Mantuvo correspondencia con Charcot, cuya influencia es palpable en su obra y trabajó de manera precursora en el campo de la Medicina Legal relacionada con los enfermos mentales.

Existen pocos escritos suyos, siendo su discípulo, J. Vera, el que más se ocupó de conservar y preservar sus ideas. En 1888, con motivo de una conferencia tomada en apuntes por su discípulo, dijo:

“...Los médicos que menosprecian el estudio de las circunstancias relativas al sujeto y al medio exterior en el que vive, para consagrar su estudio solo a la enfermedad, se ponen de espaldas a la luz y no verán jamás la claridad que desprenden estos dos focos para iluminar la oscura transformación realizada silenciosamente en nuestro organismo”.

Estuvo relacionado con la política, siempre vinculado al partido progresista-liberal, por el que fue elegido diputado y concejal en varias ocasiones, por ejemplo, en 1891, bajo la Regencia de María Cristina de Habsburgo-Lorena y concejal por el Partido Republicano Progresista en 1893, cuando Alfonso XII reinaba en España. Más tarde en 1897 fundó la Unión Republicana Nacional, abandonando el partido Republicano, pero este proyecto suyo de la Unión no funcionó y desengañado de la política la abandonó hasta 1910, año en el que volvió a ser elegido diputado por Madrid, por una coalición de socialistas y republicanos, junto a Pablo Iglesias y Benito Pérez Galdós.

Falleció en Madrid en 1912.

José de Letamendi y Manjarrés (1828-1897), natural de Barcelona, acabó la carrera de Medicina en 1852 y el doctorado en 1853. Fue catedrático de anatomía en su ciudad natal desde 1857 hasta 1878, fecha en la que, por concurso de méritos, ganó la Catedra de Patología general de la Universidad Central de Madrid, bajo el reinado de Alfonso XII.

En 1888, con la regencia de María Cristina de Habsburgo-Lorena, entra a formar parte de la Real Academia Nacional de

Medicina, institución oficial científica española, fundada en 1861. Laín consideraba a Letamendi un intelectual de máximo nivel.

Pío Baroja hizo una descripción de Letamendi que me permito reproducir aquí:

“Letamendi era un señor flaco, bajito, escuálido, con melenas grises y barba blanca. Tenía cierto tipo de aguilucho, la nariz corva, los ojos hundidos y brillantes (...) En San Carlos corría como una verdad indiscutible que Letamendi era un genio; uno de esos hombres águilas que se adelantan a su tiempo; todo el mundo le encontraba abstruso porque hablaba y escribía con gran empaque un lenguaje medio filosófico, medio literario (...) Por dentro, aquel buen señor de las melenas, con su mirada de águila y su diletantismo artístico, científico y literario; pintor en sus ratos de ocio, violinista y compositor y genio por los cuatro costados, era un mistificador audaz con ese fondo aparatoso y botarate de los mediterráneos Su único mérito real era tener condiciones de literato, de hombre de talento verbal.”

Cultivó la poesía, la música la pintura, y la literatura, con más de mil artículos, algunos de ellos en los diarios El Liberal o El Imparcial, ambos de ideología liberal. En uno de sus escritos dice:

“¿Componen nuestras clientelas hombres vasculares inventados por Harvey, u hombres nerviosos contruidos por Haller, u hombres fabricados por Haeckel, o hombres moleculares compuestos por Berthelot?”

Dice Sarró, en el prólogo al libro “Problemas clínicos de Medicina Psicosomática” de Weizsäcker, publicado en 1946, que

Letamendi en una época en la que no había nacido el psicoanálisis, hablaba de causas psíquicas como factores patógenos de algunas enfermedades orgánicas, como por ejemplo de la tuberculosis.

En una conferencia en el Curso de Antropología Integral, en la que hizo una crítica feroz al razonamiento cartesiano, Letamendi dijo:

“El hombre es un solo ser, su cuerpo un solo órgano y su vida una sola función...y el médico mismo considerado como el que debe ser en el seno de las familias, como el supremo inductor del bien”.

Acabaremos la figura de Letamendi, citando unos consejos en forma de décima, que escribió Letamendi:

Vida honesta y ordenada

Usar de pocos remedios

Y poner todos los medios

De no apurarse por nada

La comida moderada

Ejercicio y diversión

No tener nunca aprensión

Salir al campo algún rato

Poco encierro mucho trato

Y continua ocupación.

Falleció en Madrid en julio de 1897.

También podemos considerar a estos dos autores, Esquerdo y Letamendi, además de precursores tanto en la valoración de la importancia de los factores biopsicosociales, como en Antropo-

logía Médica. Hemos de reconocer que fueron menos conocidos que los autores de la Escuela de Heidelberg, quizás porque como dice M. Yourcenar;

“Tener razón demasiado pronto, es lo mismo que equivocarse”.

Desde el punto de vista fisiológico, el primer trabajo que puso de manifiesto la importancia del entorno, lo realizaron a François Jacob (1920-2013) y Jacques Monod (1910-1976), ambos del Instituto Pasteur de París, Premios Nobel en 1965, pues constataron la importancia de estos factores ambientales en el desarrollo o activación de determinados genes.

En 1961 Jacob y Monod publicaron un artículo que llevaba por título

“Mecanismos Genéticos Reguladores en la Síntesis de Proteínas”.

en el cual ponían de manifiesto que incluso en los organismos más complejos como el ser humano, tienen presente en cada célula el genoma casi completo, lo cual no quiere decir que todos los genes estén permanentemente activos o activados. La clave y la maravilla de este trabajo fue que demostraron que los genes se activan o desactivan en función del medio ambiente en el que se encuentran, es decir, se activan o no, como respuesta a estímulos procedentes del ambiente en el que están inmersos. Según el modelo de Jacob y Monod, las señales provenientes del medio ponen en acción proteínas reguladoras de genes que a su vez activan los genes codificados de determinadas proteínas.

Estos trabajos los llevaron a cabo en la Escherichia Coli, donde observaron que, si hay suficiente cantidad de lactosa en su medio ambiente, se activa un gen que degrada la lactosa para poder consumirla y beneficiarse de ello, pero cuando no hay

suficiente lactosa en el ambiente, el gen que se ocupa de la degradación de la lactosa, no se activa.

El entorno, más que los propios genes, es el responsable de que aparezca algún tipo de enfermedad. Si el entorno nos es hostil, por ejemplo, porque hemos creado unas condiciones de vida hostiles, aparecerá la enfermedad relacionada con un determinado gen. Esto es lo que hemos dado en llamar Epigenética (en griego, por encima del genoma).

“Epigenética son las modificaciones en la expresión de los genes, que no se deben a una alteración de la secuencia del ADN. Es el cambio en la expresión de los genes”.

Martínez Hernaez en su libro Antropología Medica dice

“el papel de factores sociales y culturales es decisivo en las redes multicausales que producen la enfermedad y la muerte. El bacilo de koch es una causa necesaria para que aparezca la tuberculosis, pero no es ni una causa única ni suficiente”

Hernaez se basa en los trabajos del irlandés Thomas McKeown (1912-1988), quien publicó en 1965 como descendía la mortalidad de la tuberculosis en Inglaterra y País de Gales, antes de que se pudiera vacunar a la población, ni existiera una quimioterapia adecuada. Así, observó;

Que, en 1838, murieron de tuberculosis 4000 personas por cada millón

en 1880, 2000 personas

en 1900 1.200 personas

en 1940, 500 personas

Paralelamente, Rene Jules Dubos, (1901-1982) estadounidense, nacido en Francia, autor de la famosa frase *“piensa globalmente y actúa localmente”*, obtuvo prácticamente los mismos resultados,

En el año 2000 los padres de la Medicina Evolucionista, Nesse y William, concluían diciendo;

“cualquier descripción que aparezca sobre una enfermedad, debe tener presente sus aspectos evolutivos, considerándose si la enfermedad en cuestión es una manifestación directa o un mecanismo de defensa, el componente genético, los factores ambientales, si existe un germen causal y que legados históricos explican esta enfermedad.

La Escuela de Rochester, tuvo como máximo representante es George Libman Engel, nacido en 1913 en Nueva York, graduado en 1938, desarrolló toda su carrera profesional en el Centro Médico de la Universidad de Rochester en Nueva York. Falleció en 1999.

En 1977, Engel postuló por la necesidad de un modelo holístico, como contrapeso a un modelo muy medicalizado de la época. Nació así un modelo centrado en el paciente, el modelo conocido como biopsicosocial donde el diálogo juega un papel fundamental, donde se impone la palabra del paciente, el dejarle hablar. El paciente debe poder expresar sus inquietudes y nosotros debemos facilitar su expresión emocional, implicándole, además, posteriormente, en su tratamiento, evitando las etiquetas, es decir, evitando dar al paciente un diagnóstico que puede pesar como una losa sobre él. Pasaríamos así, del diagnóstico biológico, al diagnóstico biopsicosocial.

Después de veinte años de estudios e investigaciones, observaron que el ochenta por ciento de sus pacientes, tanto los ingresados como los visitados en consulta, presentaban alguna de las siguientes características:

- Desesperación.
- Abandono.
- Depresión.
- Duelo.

En todos ellos había sentimientos de pérdida o de privación irreparable. A este grupo de componentes afectivos les denominaron: desvalimiento y desesperanza. El desvalimiento se define como

“la sensación de ser abandonado o relegado. Es la privación o ser privado de algo importante”

El sujeto tiene la impresión de no poder vivir sin lo que ha perdido.

La desesperanza la definieron como

“Un sentimiento de frustración sin que sea posible hacer nada para reparar la situación”.

Ambos sentimientos representan dos maneras de ser incapaz de hacer frente a algo, a una situación de pérdida. Cuando ambos cuadros se presentan, las posibilidades de contraer una enfermedad aumentan de manera valorable.

Oponiéndose a estos dos sentimientos estaría el proceso de renuncia, necesario e inevitable en nuestra vida. Ante situaciones de pérdida y de desvalimiento, primero hemos de aceptar la

pérdida y luego la renuncia, pero si el proceso de renuncia no se completa por aferramiento persistente a personas o a metas imposibles, se crea el terreno para el desvalimiento y la desesperanza.

El concepto de desesperanza como generador de procesos patológicos, había sido estudiado por Laín Entralgo, en su libro “La espera y la Esperanza” de 1957, denominado al cuadro clínico que genera esta desesperanza como “Síndrome Diselpídico” en el que agrupaba ideas como la frustración, la futilidad de la vida, la incapacidad de vivir la vida con esperanza, con ilusión. Sería el cansancio de la vida, el *Taedium Vitae*.

En esta misma línea de sufrimiento secundario al sentimiento de soledad y de desesperanza, estaría el denominado por F. Lolas Stepke y F. Martínez-Pintor, como Síndrome de Obsolescencia, definido como (22,26)

“Manifestaciones Físicas, Psicológicas y Sociales que se producen en el individuo al percibir que por parte de la sociedad hay una destitución o cambio en sus derechos y/o status quo, como consecuencia del envejecimiento”

Ya hemos hablado en este estudio sobre la vejez sus limitaciones y sus características en el capítulo anterior.

La importancia de los factores ecológicos del entorno, cada día toman mayor importancia. En 2020, el Departamento de Medicina Ocupacional y Ambiental del Hospital Universitario del Norte de Noruega, liderado por Jan Vilis Haanes introdujo el término:

“Síntomas asociados con factores ambientales”.

(SAEF) englobando en este concepto, las intolerancias ambientales idiopáticas, sensibilidad química múltiple, hipersensibilidad electromagnética, etc.

También se han relacionado los Factores Psicosociales con la adherencia o no a los tratamientos. El trabajo publicado en 2022 por Noemi Sturm de la Universidad de Heidelberg puso en valor las siguientes características:

- 1 Autonomía. A mayor capacidad de resolver los problemas de la vida diaria, más capacidad de continuar y realizar un determinado tratamiento
- 2 Soledad. Factor que como vemos se repite una y otra vez.
- 3 Espiritualidad, entendida como, necesidades religiosas, necesidades existenciales, necesidades de paz interior, necesidades familiares y necesidad de transmitir las experiencias vitales que dan valor y sentido a una vida (*giving needs*)
- 4 Creencias sobre la medicación. *“la alfabetización en salud no es solo la medicina de los fármacos”*

En el año 2010, comenzaron a publicarse, artículos relacionando situaciones estresantes con la aparición de determinadas enfermedades autoinmunes, como el lupus, la artritis reumatoide, etc. (Sabine de Brouwer, Andrea L. Robert, Ljudmila Stojanovich, etc.)

En el año 2015, la OMS, publicó un trabajo firmado por Pikhart H. en el que se pronunciaban de manera clara en este sentido;

“Los resultados demuestran que los acontecimientos vitales estresantes, tienen una asociación mucho mas fuerte que los

factores psicosociales en la aparición de la enfermedad cancerosa”

Personalmente siempre que veo u oigo esta expresión, reflexiono sobre el hecho de por qué no se utiliza la palabra sufrimiento, cuando en realidad es eso lo que quiere expresarse.



❧ 4.- MEDICINA Y FILOSOFÍA

La Metafísica es la rama de la filosofía que estudia la realidad, bajo dos prismas diferenciados.

- 1.- la Ontología, que estudia al ser y sus propiedades trascendentales, según la Real Academia Española, o en palabras de Aristóteles estudia al ser humano en cuanto a tal. También los filósofos, consideran a la ontología la rama de la metafísica que estudia al ser humano a través del tiempo.
- 2.- la Teleología, que estudia los fines como causa última de la realidad. Lo que Aristóteles llamaba “la causa final”

“aquello para lo que existe un objeto”,

Como vemos esta idea teleológica de la existencia, choca con el principio de objetividad de J. Monod, según el cual, en la naturaleza hay causalidad, pero no finalidad del que hemos hablado con anterioridad.

No todo tiene que ser útil, no todo tiene que perseguir un fin más o menos teleológico, recordemos al poeta y filósofo romántico italiano Giacomo Leopardi (1798-1837) que proyectó junto al político Antonio Ranieri un periódico semanal que *“pretende ser inútil”*, con el título:

“Lo Spettatore Fiorentino”

Inútil, pero placentero, ya que según decían, lo placentero es más útil que lo útil. El proyecto no salió adelante pues las autoridades florentinas no lo permitieron.

En 1833 en la Revue de París, Jean Marie Napoleón Desiré Nisard (1806- 1888) publica un artículo criticando a la literatura fácil, que según él se estaba realizando en Francia y reivindica el concepto de:

“El arte por el arte”.

Enseguida Theophilo Gautier (1811-1872) se unió a este movimiento, estético donde se postulaba la belleza por la belleza, lo que es bonito porque lo es y que el arte no debe servir a otros propósitos que no sea la belleza.

“Todo lo que es útil, es feo, como las letrinas”.

También Baudelaire (1821-1867) en su obra “Con el corazón en la mano” de 1864, (*Mon coeur mis a nu*) rechaza también el utilitarismo:

“Ser un hombre útil, me ha parecido siempre como algo espantoso”.

Continuando con la metafísica, recordemos que el existencialismo de la mano de Sören Kierkegaard fué la corriente filosófica con una visión ontología, es decir al estudio de la esencia del ser humano.

Sören Kierkegaard, (1813-1855), pese a su corta vida, se le considera el padre del existencialismo. Natural de Copenhague, el hijo pequeño de 7 hermanos se dice de él que decía constantemente sutilezas, pese al intenso drama interior, que según se dice, padeció siempre.

De constitución enfermiza, su infancia estuvo llena de caprichos satisfechos, y de la angustia que su padre fue acumulando día tras día sobre su cabeza.

Algunos estudiosos dicen de él que era jorobado, si no lo era, como mínimo si parece que fue cargado de espaldas.

Estudió Teología en Copenhague y se enamoró perdidamente mientras cursaba sus estudios, de Regina Olsen, si bien su amor nunca le fue correspondido. Esta relación la narra Kierkegaard en su libro “Diario de un seductor” donde a mí, particularmente me sorprende el fraseo alegre y despreocupado que utiliza, nada acorde con su personalidad.

Para Kierkegaard existen tres estadios del hombre;

Estético, el hombre vive en el mundo sin comprometerse con nada, viviendo la momentaneidad, sin preguntarse nada.

Ético, donde el hombre se compromete como esposo, padre, trabajador.

Religioso, donde acepta la religiosidad, considerando que la fe en Dios es lo que da sentido a nuestra existencia. La fe no es de la cristiandad sino del cristianismo, no es consuelo, sino Temor y Temblor (nombre de una de sus obras)

La palabra existir, decía, solo designa la forma de existir del hombre. Los animales y las plantas no existen,

“el hombre existe porque se acepta así mismo como existente que dura, el hombre se elige así mismo como existente”

Como los animales no tienen conciencia de sí mismos, de su identidad a través del tiempo, de su existencia que dura, no

existen para Kierkegaard. Es decir, el termino existencialista, va inexorablemente unido a la conciencia, a la conciencia de ser, podríamos decir a la ontología.

Soren Kierkegard es también autor de obras como, “*O lo uno o lo otro*” escrita durante su estancia en Berlín, también la obra “*La enfermedad mortal*”, donde hace una crítica del racionalismo, reivindicando el valor de las emociones, las pasiones y el subjetivismo.

Kierkegard afirmó que Dios es el fundamento que representa la libertad, el hombre que se acerca a él es “*el hombre real*” y el hombre que alinea su yo con aspiraciones terrenales, no espirituales, dejando de lado a uno mismo en tanto que hombre relacionado con Dios, es un hombre “*irreal*” y le conduce a la “*desesperación vital*” (por ignorancia del yo o por conciencia amplificadas del yo unido a un odio hacia ese mismo yo).

Para Kierkegard el espíritu es la síntesis entre el alma y el cuerpo y forma parte del ser como tal y está formado, por la autorreflexión, la voluntad y la libertad. Este hombre, no real, está representado en la obra de Nietzsche en el concepto de dios ha muerto.

Efectivamente, el alemán Nietzsche continuó con la línea existencialista que posteriormente seguiría en el siglo XX, con figuras tan relevantes como Martin Heidegger en Alemania, en Francia Jean P. Sartre, Simone de Beauvoir, Camus y en España Ortega, Zubiri, Unamuno, etc. Sartre en una conferencia pronunciada en París en 1945, definía al existencialismo como

“Una forma de humanismo”

Algunos autores, han visto en la obra del aragonés Baltasar Gracián (1601-1658) un precedente del existencialismo, especialmente en su obra *El Criticón*, donde el naufrago Critilo es arrojado a la isla de Santa Elena, donde conoce a Andrenio, hombre natural criado como un animal al margen de toda civilización, y a quien Critilo enseña a hablar. Ambos son rescatados por una flota española y emprenden una peregrinación alegórica por España, Francia y Roma, hasta que mueren en un mar de tinta.

El existencialismo se basa en cinco pilares fundamentales;

- la pregunta, ¿Qué sentido tiene mi vida? Para B. Russel, la respuesta es la compasión, el amor, en el sentido de la Grecia clásica y la transmisión de conocimientos a la siguiente generación.
- la libertad de elegir en la vida, lo cual puede ser causa de angustia en sí mismo, según Kierkegaard.
- la responsabilidad de las decisiones tomadas.
- la supremacía del subjetivismo sobre el objetivismo. El interés infinito de la subjetividad, “la verdad es la subjetividad”, que es la intimidad absoluta del espíritu.
- La autorreflexión y la voluntad, qué junto a la libertad, son cualidades del espíritu para Kierkegaard.
- las emociones, dando mucha mayor importancia a la vivencia subjetiva que a la objetiva. Sartre llegó a decir, que defender la subjetividad del individuo, es defender la dignidad humana.

En consecuencia, el existencialismo, no ve solo al ser humano como una relación con los factores biopsicosociales. Para Kierkegaard, el hombre es una síntesis de biología, factores psi-

cosociales, mantenida por el yo, siendo la actividad del yo, la autorreflexión, (con la angustia como atributo) la volición y la acción libre,

El padre del existencialismo se refería de esta maravillosa manera al concepto de espíritu y de ansiedad en 1843:

“De la misma manera que el médico dice que no hay ningún individuo que esté completamente sano, se puede decir, si se conoce bien al hombre, que no existe ningún ser humano vivo, que no esté un poco desesperado, que no albergue una inquietud, una desavenencia, una discordia, una angustia por algo desconocido, o por algo que no se atreve a asumir, una angustia (angst) por una posibilidad vital, una angustia por uno mismo; por tanto, al igual que el médico habla de tener una enfermedad en el cuerpo, también tiene una enfermedad y padece una enfermedad del espíritu, que se vislumbra de vez en cuando, revelando que está ahí en forma de una angustia que no puede explicar. No se encuentra la angustia en el animal, porque la naturaleza del animal no está determinada por el espíritu. El hombre es espíritu.

La autoconciencia, es decisiva con relación al espíritu, y cuanto más conciencia tenga del yo, más voluntad y cuanto más voluntad, más yo tendrá.

El hombre se relaciona consigo mismo, teniendo, capacidad de autorreflexión y de libertad.”

Angst es una palabra danesa y alemana que se traduce como angustia en filosofía y por ansiedad en psicopatología. También en inglés se emplea el término angst.

Para Kierkegaard, angustia, desesperación y melancolía, son atributos constitutivos del hombre, lo mismo, que la autorreflexión y la libertad. El hombre tiene sentimientos, deseos y anhelos, con relación a “los valores” que él mismo ha escogido y a los condicionamientos de su vida.

Preguntas sobre el sentimiento de culpa, la muerte, la libertad, el concepto del tiempo, la esencia del hombre, están en la esencia del existencialismo.

Hans-Georg Gadamer (1900-2002), fue un filósofo alemán discípulo del también existencialista Heidegger. Se considera a Gadamer, el fundador de la Escuela Hermenéutica (hermenéutica es el arte de la explicación, traducción, o interpretación de la comunicación escrita, verbal y no verbal). Gadamer sostenía que la “verdad” y el “método” están en desacuerdo el uno con el otro, ya que la interpretación de los hechos y de los escritos, depende de la arbitrariedad y de las limitaciones surgidas de los hábitos mentales de cada persona.

Gadamer fue muy crítico con el método científico y con los enfoques metodológicos que se emplean en el estudio de las ciencias humanas. El hombre está dentro de una determinada cultura, en el lugar y con la historia de su tiempo. La interpretación que cada persona hace de cada hecho concreto, como por ejemplo en temas de “moralidad”, depende de cada individuo y de cada sociedad.

En el campo de la relación médico-paciente, Gadamer consideraba que es más importante ver las preguntas que hace el médico al paciente, que las respuestas de este, ya que, decía Gadamer, si el médico solo hace preguntas sobre alteraciones somáticas, las respuestas serán solo somáticas, pero si preguntas

por emociones, las respuestas del paciente serán también hablando de sus emociones.

En el año, 1958 la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, fundada en 1955, en un Congreso celebrado en Barcelona pasó a llamarse Sociedad Española de Psicoterapia Existencial y Psicosomática, pero este nombre fue de nuevo cambiado unos años más tarde en Zaragoza.



❧ 5.- SUFRIMIENTO

En 1982, Erik Cassel, (8) médico del Hospital Presbiteriano de Nueva York definió el sufrimiento como:

“Un estado de malestar inducido por la amenaza de la pérdida de integridad, o desintegración de la persona, con independencia de su causa”.

C. Richard Chapman, director del centro de investigación del dolor de la Universidad de Utah, diez años más tarde de la definición de Cassel, en 1993, definía el sufrimiento como:

“Un estado afectivo cognitivo y negativo complejo, caracterizado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazada en su integridad, asociado a un sentimiento de impotencia para hacer frente a esta amenaza y a la percepción del agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla”.

Unos años más tarde, en 2006, Ramón Bayés, Catedrático de Psicología de la Universidad de Barcelona, dio una tercera definición:

“Sufrimiento es la relación entre Percepción del Control, es decir la creencia de que tú no puedes controlar algo y el Grado de Importancia que tú des a algo que quieres controlar, todo ello modulado por un estado de ánimo previo”.

Tratando de encontrar factores comunes a las tres definiciones de sufrimiento, podemos observar:

En las definiciones de Cassel y Chapman, hay factores comunes:

- 1.- En ambas de habla del Estado de ánimo, que no es una emoción, es algo que se ha instaurado en la mente del paciente. El paciente se ha instalado en este humor o en este estado anímico.
- 2.- Amenaza. Sufrimos más por lo que no pasa que por lo que pasa. Quizás este concepto de amenaza se une al de ansiedad, al de presagio, la persona tiene la percepción, tiene el presagio de que puede pasarle algo malo, algo que atenta contra él y su integridad existencial.
- 3.- Solo en la definición de Chapman, aparece la frase: sentimiento de impotencia, es decir no puedo luchar contra esto, no soy tan fuerte como para enfrentarme a esto. No tengo recursos personales ni psicosociales que puedan ayudarme ante esta situación de amenaza a mi integridad, nadie puede ayudarme.
- 4.- En la definición de Bayes, (3) interviene más la sensación de control sobre algo, naturalmente relacionado con lo importante que sea para la persona ese algo que quiere controlar. Así, cuanto mayor sea la importancia que le des a algo y menos control tengas sobre ello, más podrá hacerte sufrir.

Delante de una situación de Amenaza, término que aparece en las definiciones de Cassel y Chapman, siguiendo a Elisabeth Kübler-Ross, en 1969, podemos dividir las fases o actitudes mentales, por las que pasa la persona en:

- 1.- Negación como mecanismo de defensa freudiano inconsciente
- 2.- Ira, es decir alguien tiene la culpa de lo que me pasa.
- 3.- Regateo, regateamos con Dios, con el jefe que nos despierte de un puesto de trabajo, con la realidad.
- 4.- Depresión, al asumir la realidad de la situación.
- 5.- Aceptación con autonomía.

Desde un punto de vista psicofisiológico, delante de la sensación de amenaza, se activan las siguientes estructuras;

- A.- Núcleo Accumbens que se localiza en la interfase entre la zona límbica y la motora. Se activa, además de con el estrés, con la recompensa, en los pacientes con trastornos obsesivos compulsivos y en procesos dolorosos.
- B.- Giro Cingulado o Cingulum, que se localiza envolviendo al cuerpo calloso. Es decir, está en la base de la corteza, pero forma parte del cuerpo calloso.
- C.- La ínsula anterior, que se relaciona con la empatía, la percepción del gusto, las adicciones, y los estados de consciencia. Relaciona experiencias emocionales con estados viscerales, es el marcador somático de Damásio. Forma parte de la estructura del SNA.

Además del sistema límbico, en la amenaza se activa la actividad motora el sistema nervioso autónomo, todo ello regulado por la amígdala.

La amígdala controla las respuestas conductuales y fisiológicas producidas por la amenaza condicionada, son los denominados “Conductas de supervivencia de Le Doux” y “Circuitos de Supervivencia”, que controlan conductas instintivas independientemente de los sentimientos.

En el “Circuito de supervivencia” controlado por la amígdala, intervienen;

- Sistemas cognitivos
- Sistemas motivacionales
- Sistemas perceptuales
- Acciones instrumentales
- Cambios fisiológicos
- Reacciones conductuales
- Sistema evaluativo.
- Sistema de memoria

Otro factor común a las definiciones de Cassel y Chapman es “Desintegración de la persona”.

La esencia de cada hombre, para la filosofía es lo invariable y permanente, lo que constituye su naturaleza. Pero también, es la voluntad de vivir, el “*conatus essendi*” espinozista, o el “*esfuerzo que pone el hombre en seguir siendo hombre, en no morir*” como diría Unamuno, de manera tan maravillosa,

“quiere decirse que tu esencia, lector, la mía, la del hombre Spinoza, la del hombre Kant, y la de cada hombre que sea hombre, no es sino el conato, el esfuerzo que pone en seguir siendo hombre, en no morir. Y la otra proposición que sigue a estas dos, dice:

conatus, quo unaquaeque res in suo esse perseverare conatur, nullum tempus finitum, sed indefinitum involvit,

o sea: el esfuerzo con que cada cosa se esfuerza por perseverar en su ser, sin tiempo finito, sino infinito”

Para la Escuela de Heidelberg, en concreto para Paul Christian, Fernando Lolas, Renate Hasse, la esencia del hombre son los otros (24). Uno es lo que es en función de los otros, al ser padre de, hijo de alumno de, viejo, etc.

Paul Christian (1910-1996) nacido en Heidelberg, obtuvo su doctorado en 1934, y trabajó desde 1939 con Weizsäcker y Siebeck hasta 1946.

A Christian se debe el precioso concepto de Bipersonalidad en 1949, según el cual, hay realidades que se manifiestan solo en la conjunción de personas aunadas por tareas o intenciones comunes.

Paul Christian escribió su libro sobre Bipersonalidad, en colaboración con Renate Haas, en una colección de medicina general, lo que nos da una idea de la intención de esta formulación tan apasionante, como es la Bipersonalidad.

La persona humana está constituida por los otros. No hay yo, sin nosotros. Se es siempre, padre, hermano, hijo, amigo, discípulo, profesor, etc. aun en el aislamiento, existe dependencia, pues no se rechaza aquello que no existe. Quizás el concepto de Reciprocidad, de la obra de Weizsäcker tiene un antecedente al de Bipersonalidad de Christian.

Como dice Lolas, queda abierta la pregunta de si cualquier persona puede entrar en el “modo bipersonal”, de relación con cualquier terapeuta o cualquier persona.

El concepto de bipersonalidad, se basa, sin duda alguna en los dos puntos básicos de la Escuela de Heidelberg

La Reciprocidad y la Solidaridad

La esencia del hombre, podríamos decir finalmente para Christian, es el esfuerzo que hacemos por seguir siendo padre, hijo, etc. a través del tiempo.

Como decíamos en el capítulo anterior, para Sören Kierkegaard, el hombre es “el existente que dura”, la identidad a través del tiempo, el diacronismo de Ferdinand de Saussure.

La esencia del hombre, según las diferentes definiciones, está ligada a la temporalidad. Es el existente que dura, es la identidad a través del tiempo. Si miramos la definición que hace del concepto tiempo la Física, nos encontraremos con una visión reduccionista, ya que define el tiempo como una magnitud, que sirve para medir, la duración de un acontecimiento o el periodo que va entre dos acontecimientos.

Pero realmente el concepto de “tiempo” es más complejo. Aristóteles, Agustín de Hipona, pero sobre todo Henry Bergson han estudiado y reflexionado sobre el concepto del tiempo, y lo que representa de pasado de presente y de futuro.

Cuando nos referimos al tiempo, a lo largo de cualquier conversación o escrito, no sabemos si es al pasado si es al presente o el tiempo futuro, de ahí, la necesidad de concretar en un concepto la realidad, el instante actual en el que estamos viviendo, no como una sucesión de fotogramas, si no como un instante que agrupe al pasado, al presente actual y al futuro.

El cerebro siempre está en movimiento, por una parte, su conducta está basada, obviamente, en lo que ha hecho y por otra, como sabemos siempre está pensando que hará después. Este instante que agrupa las tres fases del tiempo es lo que Bergson denominó “durée”, duración.

La duración se registra en la memoria.

“La duración es el movimiento real que se da en el tiempo. No es una sucesión de instantes, si no un tiempo en el que coexisten pasado y presente, que se capta por la intuición. Es el movimiento real.”

Pero, además, en cada instante, en esta “duración”, el ser tiene un impulso en seguir siendo lo que es, su esencia espinozista, es decir, ese impulso que le hace evolucionar tanto a él como persona, como a su especie. Es lo que Bergson denominó en 1907, “Élan vital”, que es como fuerza que produce la evolución y desarrollo de los organismos de cada persona, un impulso vital en cada momento, que depende de la conciencia, es el impulso por existir, es la esencia de espinoza, por seguir siendo yo mismo. Desde el punto de vista del evolucionismo, este élan vital, nos relaciona con la evolución espiritual de la persona, como hemos dicho al hablar de la medicina evolucionista.

Así entendido, la vida es un proceso de permanente creación, impulsado por el elan vital,

Esta conciencia de uno mismo, de percibir la esencia de un a través del tiempo, se llama conciencia Auto-noética. La palabra Noesis, la utilizó Platón y en griego significa intuición. Tanto esta conciencia auto-noética como la conciencia reflexiva que nos permite visitar el pasado y deliberar sobre opciones del futuro son características propias del hombre. Lo mismo que el lenguaje.

Con un fin meramente didáctico podríamos hablar de los diferentes motivos que nos hacen sufrir, y en los que no necesariamente aparecen sentimientos de amenaza física o existencial. Hemos de constatar que en todos y cada uno de ellos la variable tiempo, representa un factor importante en la severidad del cuadro, así como la importancia que demos a las diferentes situaciones;

1.- El miedo y la amenaza, como hemos venido diciendo, son los factores básicos del sufrimiento y ambas deben englobarse en el sentido del “mal”. La amenaza es el anuncio de que se va a hacer un mal a alguien y el miedo es la reacción de angustia que provoca en el organismo esta amenaza, según la definición que da la RAE. Es decir, ambos conceptos engloban la misma idea, uno es el anuncio, la percepción de que nos quieren hacer mal y el miedo es la reacción en forma de angustia que esta amenaza representa.

Posteriormente a lo largo de este escrito, citaremos la repercusión que, sobre los telómeros, tiene la amenaza. Como decía Merleau-Ponty, de la escuela de Brentano, “soy consciente del mundo a través de mi cuerpo”, ya que el individuo es él en cuanto a las relaciones con el mundo, que es capaz de generarle amenazas y miedos.

Una vida bajo la influencia del miedo es una vida nula desde el punto de vista espiritual. Tenemos miedo a una baja consideración social, a la muerte social, a no llegar a fin de mes, me temo a mí mismo, a lo desconocido a la realidad que se presenta cada día, al presente a la “Patentia de lo real”. ¿Podríamos sentirnos culpables de tener miedo? El miedo se relaciona con la incertidumbre, indudablemente. Pienso que este es el auténtico mal.

2.- La segunda causa que podríamos citar como factor importante como causa de sufrimiento serían las que Tomás de Aquino llamaba “las privaciones de las contingencias”. Recordemos que una contingencia es la posibilidad de que una cosa suceda o no suceda, en consecuencia, sería el sufrimiento causado porque las cosas que nos ocurren a diario, las cosas muchas veces no son como quisiéramos que fuesen. En el concepto de contingencias, las causas están sujetas a la eventual acción del hombre. Este concepto de Tomás de Aquino se relaciona con el sufrimiento por la incertidumbre, por la espera y también con el sufrimiento que puede ocasionarnos el que después de intentar conseguir algo el resultado no es como habíamos soñado. Así, el sufrimiento por las privaciones de las contingencias tiene dos variantes, la primera la incertidumbre y la segunda el fracaso.

Para Fernando Lolas, (25) el fracaso tiene tres componentes, la sensación de culpa sería el primero. El segundo componente sería la magnitud es decir si el fracaso es profesional, no tiene por qué generalizarse a la vida afectiva y el tercer componente del fracaso sería la duración, que estaría en función de lo que dure su recuerdo.

3. Podríamos poner como tercera causa de sufrimiento “el mal de pena”, que estaría representado por la pérdida de alguna persona o de algo que valoramos como importante en nuestra vida. Es la pena por una pérdida, por una separación, un fallecimiento.

En el año 2014, Allen Frances, que había sido director del DSM IV, publicó un auténtico manifiesto, sobre la medicalización de emociones negativas del día a día, culpando primero a la OMS, por su definición de Salud y después a la quinta edición del DSM V, para la cual todo son “trastornos”.

4.- Otro tipo de sufrimiento es el sentimiento de culpa. Para Luis de Rivera (12) la culpa es el sentimiento de haber destruido algo muy importante, es un sentimiento unidireccional, acusatorio, lineal y simplista.

Una reflexión interesante es la que realiza Miguel García-Baró, (11) para quien el sufrimiento está más en la persona que lo produce, que causa el daño, que en la persona que lo recibe. El peor de los males, dice García Baró, es el que hacemos, no el que nos hacen. La calumnia, el desprestigio, la imagen social destruida, la muerte en vida producida por una calumnia o por un hecho desgraciado, nos hace sufrir, indudablemente. Pero, la perversidad de quien causa este daño aniquila al hombre que lo produce, le corroe por dentro, como dice Kierkegaard

“La perversidad no la ve Dios”

Los estoicos en el siglo IV antes de Cristo decían que el bien no está en los objetos externos, sino en la sabiduría y el dominio del alma que permite liberarnos de los deseos y pasiones que nos perturban. Extrapolando estos conceptos al sufrimiento, para García-Baró, se trata de liberarnos de las cosas que nos hacen sufrir, liberarnos de nuestros deseos y que lo que pueda pasar a nuestro alrededor no nos afecte.

Con el lenguaje diario, los terapeutas, los profesores, y en general en la vida diaria, cualquier persona, puede desesperar a otra a través del lenguaje. Los terapeutas podemos hacer que nuestros pacientes, pierdan el sentido de la vida, que vean amenazada su existencia. Recordemos que la RAE define la perversidad como

“Cualidad de quien obra con mucha maldad y lo hace conscientemente o disfrutando de ello”

Aquí la palabra perversidad, no tiene relación con el concepto de Lacan, ni del psicoanálisis en general. Con nuestro lenguaje, podemos ayudar o favorecer a que otros se desesperen, por pérdida de su dignidad, por maltrato verbal. El lenguaje corroe, debilita.

Además, como dice Pedro Rocamora, como mínimo, dos de los tres instrumentos de control del pensamiento conocidos, pasan por el lenguaje. La sugestión y la persuasión indudablemente pero incluso, también la influencia, puede realizarse a través del lenguaje.

Víctor Klemperer, (17) judío alemán, casado con una mujer aria, en su libro titulado “La lengua del Tercer Reich”, habla de “Lingua Tertii Imperii” (LTI), en el que nos habla del lenguaje que utilizaba el nacionalsocialismo, especialmente Goebbels y en menor medida el propio Hitler cuando arengaban a sus conciudadanos

Para Klemperer el lenguaje del nacionalsocialismo era especialmente pobre y perverso y hacían hincapié en sus discursos en la palabra

“fanático”.

Durante la Ilustración el término Fanático fue muy criticado, por considerar que el fanático es el verdadero rival del racionalismo. El fanático debía ser rechazado y reprobado. Sin embargo, este mismo término, durante el tercer Reich, se utilizaba como “Valiente, constante, etc” todo rodeado de un halo glorioso.

“Fe fanática en la victoria final”

“Un fanático fervor”

El 13 de noviembre de 1944 cuando ya se podía prever el final del nazismo, Goebbels se vio obligado a buscar un superlativo del superlativo y utilizó la expresión en unos de sus últimos discursos,

“mediante un fanatismo feroz”

como única forma de salvar la situación. Realmente no sé si hay un fanatismo que no sea feroz.

El hecho de que utilizara el término fanático, el nacionalsocialismo, tiene una clara explicación. Este concepto se opone diametralmente, como decían en la Ilustración, al de racionalidad, y no olvidemos que Hitler solo consideraba importante en la educación del pueblo alemán, la potencia física, por eso creó las SA (tropas de asalto pardas), dejando en un lugar muy secundario la formación del carácter en la racionalidad. El nacionalsocialismo tenía miedo al hombre pensante y odio a lo espiritual, por eso era mejor tener fanáticos.

“El lenguaje saca a la luz aquello que una persona quiere ocultar de forma deliberada ante otros o ante sí mismo y aquello que lleva dentro inconscientemente. Las afirmaciones de una persona pueden ser mentira, pero su esencia queda al descubierto por el estilo del lenguaje;

“Le style est l’homme meme”

termina diciendo Klemperer, tomando del Conde de Buffon la expresión que pronunciara en 1753 (el estilo es el hombre mismo). Como vemos hace alusión a lo que Saussure llamaría dos siglos más tarde “el significado”, es decir, lo que la persona que escucha entiende de lo que le ha dicho el hablante. La semiología y la hermenéutica juegan aquí, en esta afirmación final, un

papel fundamental, olvidemos que la semiología es una ciencia que Saussure la definió como

“El funcionamiento de los signos en la vida social”

Alexander Solzhenitsin, Premio Nobel de literatura (1970), en su libro: “Pabellón de Cáncer”, expresa de manera clara, el daño que alguien puede producir en otra persona solo a través del lenguaje. En el caso concreto de la obra de Solzhenitsin, alguien informa de un diagnóstico tan importante como un proceso canceroso al protagonista, de manera brusca y hostil.

“Así, sin más ni más, sin un motivo ni consideración, alguien arrojó tabaco a los ojos del Macacu Rhesus”.

5.- Otra causa de sufrimiento, podría ser el llamado “Sufrimiento Metafísico” causado por la finitud de las personas, no poder ser o tener las cosas o la personalidad que nos gustaría. En este apartado entraría el miedo a la muerte y el miedo al envejecimiento.

Como hemos dicho con anterioridad, la palabra Metafísica proviene del griego, “meta” significa más allá y “phisika” lo físico, lo material. La metafísica es la rama de la filosofía que estudia el aspecto espiritual de un suceso o materia, es decir, los componentes esenciales de la naturaleza, más allá de la realidad, por lo que colige que hay una realidad espiritual, que da sentido a la realidad material. En el sufrimiento metafísico la persona sufre al tomar conciencia de sus limitaciones, sin encontrar una justificación espiritual a la diferencia existente entre las personas. Ni la ciencia ni la experiencia tienen alcance metafísico, para Kant. El sufrimiento metafísico se diferencia con el sufrimiento por la privación de la contingencia, en que, en el sufrimiento metafísico, el hombre no puede actuar para

modificar su realidad. Nosotros no podemos hacer nada, por ser más altos, más listos, más buenos, o evitar la muerte, mientras que en el sufrimiento por la privación de la contingencia, viene producido por no haber conseguido aquello que queríamos y por lo que hemos luchado.

Para Luis Chiozza, (9) las cuatro causas fundamentales de este tipo de sufrimiento son:

- Los celos. La palabra celos proviene del griego y significa “hervir”. Tiene componentes de pérdida, tristeza, odio, rabia, envidia, lo que les hace que puedan ser ansiosos, agresivos, tristes o despreciativos.
- La envidia.
- Las rivalidades.
- La culpa.

Las tres primeras, sin duda estaría representadas por las limitaciones propias del ser humano.

6.- El sufrimiento espiritual, la tristeza, la melancolía, la ansiedad, secundarias o primarias son causas de sufrimiento en sí mismas. Aquí los sentimientos de amenaza y de pérdida de integridad aparecen en toda su expresión. Este sufrimiento espiritual, englobaría, en mi opinión, el sufrimiento de los inmigrantes, al aparecer en países donde no se encuentran cómodos por su cultura, por su religión. Algo parecido estaría pasando con la aparición de los síndromes ligados a la cultura.

7.- “Formas puras de sufrimiento de García-Baró”, serían el envejecimiento, el miedo a la locura y la agonía, quizás García-Baró está considerando que la emoción primaria, el miedo o la amenaza son “culpas” nuestras, por cuanto yo me hago vulnerable a algo.

8.- Miedo a la Alteridad, a lo desconocido, al presente. A la “Patencia de lo real”, a la falta de proyectos y de planificaciones, considerando que existe un “tedio de la existencia” como decía San Agustín.

9.- La incertidumbre por el futuro está en la base del sufrimiento, el no saber qué será de mí, como acabaré mi existencia. En el año 2016, el grupo de Sven Bestmann y Miriam Klein-Flügge, en Londres, publicaron un trabajo sobre la incertidumbre como una de las causas que más sufrimiento ocasiona a la persona involucrando como es lógico al Córtex Cingulado en la toma de decisiones.

10.- Por último, el sufrimiento físico, que acaba produciendo una sensación de amenaza a nuestra integridad, como pusieron de manifiesto Melzack y Cassey en los años sesenta del siglo pasado y donde la incertidumbre juega un papel fundamental. Melzack y Casey (27) definieron el “modelo Multidimensional del dolor”, según el cual, cuando una persona percibe un dolor, del tipo que sea, en un primer tiempo, pasa por una fase que los autores definieron como “dimensión sensorial”, obviamente caracterizada por una pura percepción sensorial de un estímulo doloroso.

Pero cuando el dolor se mantiene a lo largo del tiempo, entramos en una segunda fase, en la que el paciente comienza a preocuparse y a presentar pensamientos intrusos relacionados con su dolor y su futuro. En esta fase ya se han activado dos estructuras encefálicas fundamentales, el córtex cingulado anterior (donde reside la capacidad de hacer proyectos y planificaciones) y la ínsula que nos permite ubicar claramente nuestro dolor y su connotación afectiva. Es la fase denominada por estos autores “motivacional-afectiva”, en la cual, ya aparecen sentimientos de ansiedad, tristeza, con afectación del estado de

ánimo. Es el valor proleptico del dolor (que se anticipan aspectos del futuro que linealmente, tendrían que venir después). Laín Entralgo en su ensayo “La enfermedad como experiencia” decía que la enfermedad y el dolor físico nos enfrentan a la esencia misma del hombre.

La tercera dimensión de Melzack, es la “cognitivo-evaluativa” en la cual el paciente evalúa e intenta racionalizar y justificar el motivo de su dolor y las repercusiones que le está produciendo en su vida, apareciendo el sufrimiento como manifestación cognitiva de un tipo de emoción, en este caso la emoción primaria es el miedo, miedo a perder su integridad física o existencial, lo que se vuelve hipervigilante.

El concepto de hipervigilancia nace en 1996 por A. J. Mcdermid en Ontario, Canadá, efectivamente referido a los pacientes con dolor crónico, al observar que estos mostraban un permanente estado de alerta al percibir el menor dolor en su organismo.

Posteriormente en 2011, Michael Eysenck en Londres, definió “la teoría de la Hipervigilancia de los Cuatro Factores” como esquematización de los diferentes cuadros de ansiedad:

1.- El primer factor sería una fobia específica, orientada hacia ciertos estímulos ambientales, podríamos decir que es la presión Psicoambiental que presentan muchos pacientes a los cuales les molesta el entorno, los ruidos, los olores, etc. que percibe cuando sale a la calle.

2.- El segundo factor estaría representado por un trastorno de angustia, con focalidad en la propia actividad fisiológica y sensaciones corporales, con percepción anómala de funciones fisiológicas. El paciente vive como patológicas, las funciones habituales y fisiológicas de su organismo.

3.- La fobia social, sería el tercer factor para Eysenck lo que lleva al paciente a limitar su vida social al extremo de que deja de hacer actividades sociales, familiares, laborales, para poder pensar en su problema de dolor crónico.

4.- Y por último una ideación obsesiva, con catastrofismo y focalización en los propios pensamientos y cogniciones, todo dirigidos hacia su dolor crónico.

Como hemos visto, con el esquema de Melzack, el dolor físico puede desembocar en sufrimiento, luego veremos cómo situaciones como las descritas como causa del sufrimiento, pueden producirnos somatizaciones en forma de dolor. Es la bidireccionalidad del dolor y el sufrimiento.

Para Marcos Gómez Sancho, Presidente /Fundador de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, el sufrimiento, tiene dos características fundamentales:

1.- inevitable

2.- un momento de crecimiento, una oportunidad, una crisis de la que se tiene que salir reforzado.

Javier Sádaba considera al sufrimiento como la suma del dolor con la conciencia aguda del mismo.

Este autor establece tres categorías:

1. Dolor inevitable. Enfermedades, herencia con connotaciones de enfermedades más o menos invalidantes.

2. Dolor evitable. Poniendo como ejemplo el desamor: “pensar mejora el pesar”.

3. Por último. El sufrimiento evitable pero querido, que estaría en la línea de que la debilidad es un arma muy poderosa, como decía Adler, discípulo heterodoxo de Freud.

En la primavera del 2020 el mundo se vio azotado por una pandemia causada por un virus, que en principio, provenía de China. Las autoridades de todos los países se vieron obligadas a suprimir no solo las actividades lúdicas, sino también las laborales, sociales, etc., limitándolas a salir a comprar los alimentos de primera necesidad, eso sí, protegidos con mascarillas y guantes al no saber el tiempo que el virus puede permanecer fuera de un organismo y en consecuencia transmitirse a través de objetos o de ropa. Todo este ritual de guantes y mascarillas se acompañaba de que la persona que salía a comprar tenía que ir sola para evitar transmisiones. Las medidas higiénicas extremas, de lavado de manos, con posterior desinfección fueron permanentemente recordadas por los medios de comunicación.

Esta crisis puso a la población enfrente de la realidad, enfrente de nuestra propia existencia. Considerar, de manera implícita, que nuestro modo de vida es más o menos estable es un error monumental. Nuestra realidad es la vulnerabilidad no solo de la persona, sino también de nuestras sociedades. ¿Cuántas veces ésta aparente estabilidad se ha visto truncada a lo largo de la historia de la humanidad? Bien sea por una epidemia de una bacteria o un virus, por una guerra o por temas políticos (siempre hay algún político que quiere salvar a su “patria”, con una mentalidad estrecha y reduccionista y no le importa conducir a sus ciudadanos a una catástrofe social a cambio de su propio bienestar). Basta mirar la historia con un poco de perspectiva, para darnos cuenta de que estas situaciones trágicas han ocurrido muchas veces ya y lo peor es que seguirán ocurriendo siempre. Por una causa o por otra, es triste reconocer que estas catástrofes no naturales, forman parte del ADN de la humani-

dad y probablemente esta característica inherente al ser humano, se relacione con la extinción de otras civilizaciones que nos han precedido.

Súbitamente, la sociedad se vió amenazada. La estabilidad emocional, física, financiera, se perdió totalmente y apareció el miedo. Miedo a enfermar, miedo a que enfermen algunos de nuestros familiares o miedo a la ruina económica.

En las personas mayores en residencias, en los niños, los nietos, de pronto ha aparecido una gran amenaza y el miedo lo inundó todo, se apoderó de todo, pero por si el miedo a la enfermedad en sí mismo no fuera suficiente, se añadió la dificultad de poder expresar nuestro sufrimiento, nuestro miedo en persona a nuestros seres queridos, que estaban y se sentían, tan aislados y solos como nosotros.

Es cierto, las autoridades tuvieron que decretar el confinamiento y eso ha producido una terrible ruptura en las relaciones personales, que solo se podían paliar mínimamente, gracias a las redes sociales y las telecomunicaciones de que las disponemos hoy en día. Esta tecnología tan avanzada, no capta ni transmite, ni siente, la esencia misma de la comunicación interpersonal, es decir, la transmisión de afectos, de emociones, pues para transmitir afectos y emociones se precisa inexorablemente del contacto personal y si este no tiene lugar, se pierde todo el lenguaje no verbal tan necesario. Tocar a nuestros seres queridos, abrazarles y besarles, ha tenido que ser pospuesto para otros momentos, con todo lo que esto lleva consigo emocionalmente. Ya se sabe, en las redes sociales todo este lenguaje se pierde, se pierden todos los matices de lo que decimos, de lo que queremos expresar y de lo que nos dicen, quedando todo reducido a unos fraseos verbales-escritos que a veces incluso, dan lugar a malentendidos.

En esta situación de caos que vivió la sociedad, con hospitales colapsados, unidades de cuidados intensivos desbordadas, etc., aparece la figura del profesional sanitario, médicos, enfermeras, personal auxiliar de hospitales, conductores de ambulancias, etc. y como si se tratara de la obra de Moliere, en la que el protagonista de pronto se entera de que habla en prosa, así la sociedad de pronto se entera de que la medicina es una ciencia social y ve como todos los profesionales se juegan su vida, por sacar adelante a una sociedad globalmente infectada por un virus nuevo, que además

Muchas personas enfermaron y se quedaron en casa y muchas otras fueron a hospitales o clínicas y estuvieron en habitaciones aisladas, sin poder comunicarse con sus familiares y amigos. Toda la relación con su entorno habitual se perdió quedando reducida a ver a unos profesionales completamente protegidos, con trajes, gafas, mascarillas, etc., que de vez en cuando entraban a su habitación, para controlar temperaturas y medicaciones. El sentimiento de soledad unido al miedo a no saber lo que va a ser de mí, tuvo que ser terrible.

Algunos pacientes pasaban en horas de leves problemas respiratorios a la sala de cuidados intensivos e inmediatamente a perder su vida. Otros, en sus casas, percibían su empeoramiento progresivo, autoengañándose, pensando que no era nada, que solo se trataba de un pequeño estado gripal, hasta que algún familiar o ellos mismos tomaron conciencia de su estado y decidieron irse a algún centro hospitalario.

En esos días de confinamiento, las calles estaban vacías, ni los coches podían circular, solo se veía alguna persona sola dirigiéndose a algún supermercado para comprar alimentos para su casa. El silencio atronador de las calles de nuestras grandes ciudades solo se vio roto por el ladrido ocasional de algún perro.

Un tema me preocupó especialmente estos días. La soledad que tuvo que sentir el paciente en una habitación o en cuidados intensivos, sin poder hablar con nadie, sin poder relacionarse con nadie, sin poder expresar a su familia su sufrimiento y sin tampoco poder hablar apenas con el personal sanitario. ¿Dónde está mi familia que no viene a acompañarme o a ayudarme en esta situación extrema que estoy viviendo? Seguro que se preguntaron algunos pacientes. Otros quizá se vieron desbordados, en estos momentos de gran sufrimiento y de dureza emocional sin parangón, por un sentimiento de culpa, por las acciones realizadas a lo largo de su vida, o por no haber sido fiel a sus propias creencias o por mil razones que cada uno sabe y conoce de su propia existencia. Incluso algunas personas estoy seguro que ante el sentimiento de muerte inminente y no poder hablar con la persona a la que le gustaría decirle algo que nunca le dijo, sintieron una gran ansiedad y zozobra que se expresaba somáticamente con intranquilidad y agitación en sus camas de hospital, según explicaron los profesionales que atendieron a esos pacientes.

Y recíprocamente, para la familia, el marido, el hijo, el padre, estaba en una habitación solo, en una situación crítica y no pudieron ayudarle, ni acompañarle y terriblemente, tampoco pudo expresarle su cariño y su amor antes de que muera. Contemplar el sufrimiento de los seres queridos sin poder hacer nada, es una experiencia terrible para las personas. Tengo la certeza de que en esos momentos de estar el enfermo solo y los familiares en el otro lado del hospital también solos, sin poder verse ni comunicarse personalmente, se tuvo que establecer una unión espiritual entre ellos de manera que todos pudieron decirse las cosas que quisieron y también todos pudieron sentir las cosas que les dice su familiar. Estoy convencido, qué en la evolución filogenética del hombre, los cambios en el futuro no serán ni genéticos ni físicos (que por otra parte no se producen

desde hace más de trescientos mil años) serán de mayor conexión espiritual entre las personas, mas conexión en la esencia misma de las personas.

La soledad, la amenaza de muerte, el miedo a lo que me puede pasar en las próximas horas o en los próximos minutos, hace que el tiempo pasara muy lentamente tanto para los familiares como para los enfermos en esos días.

Muchos de los pacientes, en soledad, buscaron alguna fuerza emocional para salir adelante y sobrevivir, y seguro que la encontraron en la esperanza de volver a ver a sus seres queridos, a sus hijos, a los nietos, a sus proyectos de vida en general, porque saben que todo lo que habían vivido hasta ese día, les estaba esperando fuera para cuando se recuperaran de esta terrible enfermedad. Sabemos, nos lo dijo Viktor Frankl, que esos, los que tenían a alguien esperando, los que tenían una ilusión por volver a la vida, fueron los que más sobrevivieron.

Ese virus tiró por tierra, todos los trabajos de los profesionales que se dedican a cuidados paliativos. ¡¡Cómo echamos de menos aquellos días oír hablar a esos grandísimos profesionales que se ocupan a diario de todas las atenciones del paciente y de los familiares, cuando estamos en la recta final de nuestra vida!! ¡¡Cuánto me acordé de ellos estos días!! ¡¡¡Cuánto les eché de menos cuando oía las noticias de los fallecimientos de los pacientes solos, sin ver a sus familias! Seguro que, para profesionales como Marcos Gómez Sancho, creador de la medicina de cuidados paliativos en España tuvo que ser una experiencia terrible la impotencia que sentía al ver que no podía poner en práctica todo aquello en lo que tanto cree.

Esto que nos ha pasado es sufrimiento en su máxima expresión. Pero quizás, y tratando de buscar algo positivo de aquel drama,

esta pandemia nos habrá servido, para tener una visión más humana de la vida y tomar conciencia de la vulnerabilidad de nuestra propia existencia y de nuestro modo de vida. También habrá servido, quizá, para recordarnos que la medicina además de necesitar de la tecnología, es una ciencia social, humana, lo que le permite acercarse al sufrimiento humano y en concreto la Medicina Psicosomática, la Antropología Médica, se ocupa en su estudio y en su quehacer diario, de recordarnos lo efímero y vulnerable de nuestra propia existencia.

Ramón Bayés propone una técnica para medir el sufrimiento. Consta de dos preguntas sencillas, que no plantean problemas éticos y permiten introducirlas en el contexto clínico habitual, dándonos una idea bastante aproximada del estado de ánimo del paciente:

¿Cómo se le hizo el tiempo en el día de ayer (esta tarde, esta mañana, esta noche), corto, largo?

¿Usted qué diría?

¿Por qué?

Esta vía nos permite detectar el malestar o bienestar del paciente y además es una ventana para que a través de la segunda y tercera pregunta el paciente explique su sufrimiento.

Para Eric Cassel la forma de luchar contra el sufrimiento sería;

A.-Buscarle un significado.

B.-Recuperar la ilusión, la esperanza, los proyectos. Lo contrario del nihilismo es el amor y el coraje

C.-Ayudar como profesionales y como sociedad a fortalecer la resiliencia de la persona. Es la comunicación existencial de Jaspers, por parte de los profesionales.

Boris Cyrulnik de origen judío, que perdió a sus padres durante la segunda guerra mundial, ha publicado multitud de trabajos sobre la Resiliencia, en particular enfocado hacia la infancia, sin duda alguna guiado por su propia biografía. Cyrulnik utiliza 6 recomendaciones para el abordaje de la resiliencia;

- 1.- Primero no hacer daño.
- 2.- No categorizar ni etiquetar ni hacer juicios definitivos.
- 3.- No culpar a los que, destruidos por la vida, tiene comportamientos aberrantes.
- 4.- No ver solo los problemas, sino movilizar los recursos.
- 5.- No tener en cuenta solo los síntomas.
- 6.- Aceptar a la persona, aunque no admitamos su comportamiento.

Vale la pena citar en este momento a Karl Theodor Jaspers (1883-1969), psiquiatra y filósofo alemán, profesor de psicología en la Facultad de filosofía de Heidelberg desde 1913, casado con Gertrud Mayer de origen judío. En 1937 bajo el nacionalsocialismo, fue retirado de su catedra hasta 1945. En 1947 recibió el Premio Goethe. En 1948 se trasladó a Basilea, al sentirse defraudado por la situación política alemana, pidiendo la nacionalidad suiza. Se le concedió el título de Doctor Honoris Causa por las Universidades de Heidelberg, París, Ginebra, Lausana y Basilea.

Cuestionó los criterios diagnósticos y los métodos clínicos de la psiquiatría, se le considera próximo al existencialismo al hablar permanentemente de la libertad y de “situaciones límites”, donde los métodos científicos o empíricos, no pueden llegar, y acaban conduciendo al individuo o bien a no hacer nada, que sería la actitud nihilista que tanto vemos en la consulta, o bien a dar un paso adelante hacia la “trascendencia” con una libertad

ilimitada, que le conduce a la plena existencia. Jaspers mantuvo también la necesidad de reconocer la existencia de datos objetivos y subjetivos y mantenía que para tratar a determinado tipo de paciente era imprescindible realizar una

“comunicación entre existencias”

con el fin de

“iluminar la existencia” de nuestro interlocutor.

Para Jaspers, los sentimientos son los estados del yo, tristes o alegres,

“el placer es un sentimiento, una función biológica que pone de manifiesto el bienestar psíquico, la salud general, y el éxito del paciente. La pérdida del placer es una parte de la “apatía”, en la que el paciente se encuentra ve, observa, oye, y recuerda, pero deja que todo pase frente a él, con total indiferencia; felicidad, placer, peligro, tristeza, aniquilamiento, son todo lo mismo. Permanece muerto con los ojos abiertos”

Jaspers se está refiriendo tanto al nihilismo como a la abulia, de Ernest Billod;

D.- Siguiendo con Cassel, el cuarto punto para poder luchar contra el sufrimiento sería la espiritualidad o trascendentalidad.



❧ 6.- ANTROPOLOGÍA MÉDICA; CONCEPTO Y DEFINICIÓN.

Definimos a la Antropología como la ciencia que estudia al ser humano. El término procede del griego antiguo, significa estudio del hombre.

En la obra de Aristóteles (siglo IV antes de Cristo), aparece el término antropología en la obra dedicada a su hijo, “Ética a Nicómaco” referido a:

“El que gusta de conversar sobre los humanos”

El término fue retomado en el Renacimiento por el médico, filósofo y teólogo alemán Magnus Hundt (1449-1519) en su obra “*Anthropologium de hominis dignitate*”, en el que analizaba aspectos anatómicos, fisiológicos, filosóficos y religiosos del hombre.

En Francia está documentada la utilización del término “antropología” a partir de 1516 y en España a partir de 1721, en el diccionario portugués-español de Raphael Bluteau (pertenece a la ilustración portuguesa).

Bluteau (1638-1734) teatino, de origen francés, doctor en Teología, fue el predicador de la Reina María Francisca de Saboya, hablaba inglés, portugués, español, griego y francés. Su diccionario español-portugués se publicó de forma póstuma a expensas del rey Juan V.

Pero es con el Conde de Buffon, también en el siglo XVIII, en plena Ilustración, cuando la palabra Antropología, adquiere el significado como disciplina independiente.

En el siglo XVIII, siglo de la Ilustración se empezaron a fraguar los conceptos de nación y de nacionalismos lo que condujo a qué en la Constitución Española de 1791 consecuencia de la Revolución francesa de 1789, las palabras “nación” y “ciudadanos” aparecieran indistintamente.

También en Alemania, Kant, en su obra “La Paz Perpetua” de 1795, hacía mención a la conveniencia de una alianza de naciones con el fin de protegerse y ayudarse unas con otras.

Hemos de recordar qué hasta este momento de la historia, siglo XVIII, la idea de nación no se había formulado de manera clara, puesto que las sociedades se regían por una sumisión a un rey o a una determinada religión u orden monacal, buena prueba de ellos son las ciudades estados existentes por toda Europa y los conventos y monasterios que influían en una población determinada. Pero a finales del XVIII y principios del XIX, las sociedades comienzan a mostrar intereses por sus raíces étnicas, sus tradiciones, sus folklores, etc.

Georges Leclerc, (1707- 1788), Conde de Buffon, fue un hombre de la Ilustración, al estilo renacentista, es decir con un saber muy global que formó parte de los primeros escritores de “La Enciclopedia” y quiso unir todo el saber de la época en una obra suya de 44 volúmenes, bajo el título:

“Histoire Naturelle”.

Lamentablemente no queda claro por los historiadores si pudo realizar una formación académica completa y adecuada, como

hubiera sido el deseo de sus padres, a quienes les hubieran encantado que estudiara derecho, pero al parecer, un desgraciado incidente lo impidió. El incidente consistió, según el mismo Buffon refiere, que cuando iba a comenzar sus estudios de ciencias y matemáticas en la Universidad, tuvo que batirse en duelo con un joven oficial croata que acabó con la muerte de este, por lo que se vio obligado a abandonar la Universidad y los estudios.

Buffon, se dedicó, entonces, a viajar por Francia y el resto de Europa, de manera que a los 27 años fue nombrado Académico de la Academia de Ciencias de Francia en base a sus extraordinarios conocimientos sobre las plantas. Su brillante carrera se vio coronada cuando a los 32 años, fue nombrado Guardián de los Jardines Reales (hoy “Jardín des Plantes”).

Se dedicó entonces a realizar una descripción minuciosa de todas las plantas que había en dichos jardines en ese momento, incorporando toda una serie de flores y ornamentaciones procedentes de los conocimientos adquiridos en sus viajes por Europa. De manera que en 1773, se le otorgó por el Rey Luis XV, el título de Conde de Buffón (Buffon es una localidad francesa, próxima a Dijon y a la pequeña ciudad natal de Leclerc).

Su obra, pero especialmente la minuciosidad en la descripción de sus hallazgos influyó de manera importante en Xavier Bichat en el estudio y la descripción que éste hiciera del cuerpo humano y también en Diderot, con quien colaboró en la Enciclopedia, en incluso en Darwin y en Lamarck, etc.

Coincidiendo con la aparición posterior del método anatómico-clínico de Xavier Bichat (1771-1802) y de Claude Bernard (1813-1878), surge claramente un movimiento preocupado por las raíces de los pueblos y la exaltación de la vida tradi-

cional, en el contexto de la “revolución liberal”. Es la llamada “Época de los Nacionalismos”.

Por ejemplo, en España en la constitución de 1812 (la tercera constitución del mundo detrás de la de Estados Unidos y Francia) llamada “la Pepa” porque se promulgó el 19 de marzo de 1812, se introdujo el concepto de “Nación” y el sufragio universal de las distintas regiones de España.

Coincidiendo con la aparición de estos nacionalismos y de los conceptos de nación, aparece una primera Antropología relacionada con el folklore, la cultura local, las tradiciones de los pueblos y de las naciones, es la llamada Antropología de las Naciones.

Posteriormente, ya a mediados y finales del siglo XIX, aparece la Antropología Social o Cultural, caracterizada por la presencia en este periodo de la historia, de grandes expediciones científicas, en las que comenzaban a participar médicos, que tenían interés en realizar intercambios con otras culturas y con el saber de diferentes especialistas autóctonos. Pensemos que en muchos casos, estos especialistas autóctonos, practicaban algún tipo de magia con poderes curativos. El nacimiento de esta Antropología Social coincide, con la aparición de la obra de Rudolf Virchow de 1844, entroncada directamente con la revolución industrial y la industrialización de los países.

En Antropología el concepto Social, tiene dos acepciones muy diferenciadas pero interrelacionadas. La primera acepción sería el interés en el estudio de la salud pública, la preocupación por la salud en la sociedad, este es el sentido de la Antropología Social, de Virchow. Pero una segunda acepción de “social” sería la reflexión de que cada tipo de sociedad puede producir o desencadenar un tipo de patología en la persona. En esta lí-

nea M. Kenny considera que esta medicina social se relaciona con la cultura de cada pueblo y con el tipo de enfermedad que padecen sus ciudadanos, es la llamada Medicina Evolucionista o darwiniana o Evolutiva de Ness y Williams de la que hemos hablado extensamente.

Esta Antropología social, dedicada al estudio de las culturas como causa de enfermedades, podría denominarse también Antropología Cultural, evitándonos equívocos, si bien ambas la social y la cultural, están, obviamente relacionadas.

En esta época, además de surgir la Antropología Social, se mantuvieron e incrementaron los conceptos de nación y nacionalismos, adquiriendo ya por entonces un cierto matiz étnico, por lo que se conoce con el nombre de Antropología Étnica, y cuyo primer representante sería el diplomático y filósofo francés, Arthur Gobineau, Conde de Gobineau (1816-1882) conocido por haber desarrollado una teoría sobre la supremacía de la raza aria, para quien, los aristócratas eran superiores a las clases medias y bajas, ya que tenían menos mestizaje, al haberse mezclado menos con otras razas inferiores, como por ejemplo la raza mediterránea o la alpina.

Su “*Essai sur l’inegalité des races humaines*”, publicado en cuatro volúmenes entre 1853 y 1855 es el primero en expresar la superioridad de la raza aria. Amigo personal de Richard Wagner, para la mayoría de los autores, Gobineau representa el germen del nazismo, si bien, otros autores señalan a la primera época del romanticismo alemán, como su precursor ideológico, representado por las figuras de los románticos alemanes Goethe y Schiller.

El Romanticismo es un movimiento cultural, que se originó en Alemania, Reino Unido y Francia, a finales del siglo XVIII

como reacción a la Ilustración, y que consistía básicamente en conferir prioridad a los sentimientos sobre la razón. Estuvo en su apogeo entre 1800 y 1850. La estética del Romanticismo se basaba en los conceptos de sentimiento y emoción con el desmoronamiento de la razón.

En esa época, también apareció el espíritu pangermánico, utilizándose conceptos como sentimiento, emoción, pangermanismo, ideas que están presentes en las obras de los románticos alemanes, tanto de Johann von Goethe (1749-1832) como de Friedrich Schiller (1759-1805).

La postura de Gobineau fue muy duramente contestada por el antropólogo de Haití, Joseph Antenor Firmin, (1850- 1911) abogado, que publicó su libro sobre la Igualdad de las razas humanas y que tuvo también una gran repercusión en la época.

En España esta corriente nacionalista tuvo su máximo representante, en el bilbaíno Miguel de Unamuno y Jugo (1864-1936) positivista y precursor del existencialismo europeo, quién en 1884, en esta primera fase de su vida, leía su tesis doctoral que llevaba por título:

“Crítica del problema sobre el origen y prehistoria de la raza vasca”.

Continuando con el nacimiento de la Antropología Étnica, también vale la pena destacar a Houston Steward Chamberlain, (1855-1927), pensador británico nacionalizado alemán, al que también se le considera uno de los precursores del nazismo. Estaba casado con Eva Wagner, la hija más joven de Richard Wagner. En 1923, conoció a Adolf Hitler en la representación de una ópera de su suegro. Chamberlain propugnaba la conservación de la cultura alemana evitando el mestizaje, para lo

cual aconsejaba el control de los movimientos judeocristianos evitando mezclas. Hitler estuvo en su funeral.

También citaré, aunque por motivos bien diferentes Jacob Burckhardt (1818-1897) de quien ya hemos hablado como inspirador de la obra de Jung. Historiador suizo, que elaboró una “Historia de la Cultura” en 1911, teorizando sobre las diferentes culturas y haciendo hincapié en las culturas europeas (italianas, suizas, belgas). Sus trabajos no se relacionan con el enfoque étnico racial, sino con el enfoque antropológico, cultural y las tradiciones de cada pueblo europeo. En 1902, se publicó su obra póstuma en la que reflexiona sobre la historia de la cultura griega, a la que considera pionera en la espiritualidad humana.

Josef Mengele, recogió el guante de los dos pensadores, el francés Gobineau y británico Chamberlain y en 1935 dos años más tarde de la llegada de Hitler a la Cancillería de Alemania, realizó el doctorado en Antropología por la Universidad de Múnich, donde estudió el tipo de mandíbula que tienen cuatro razas diferentes. Tuvo como director a Theodor Mollison, del Instituto Antropológico de Múnich. El mismo Mengele, en 1937 obtuvo otro doctorado esta vez en Medicina por la Universidad de Leipzig, al realizar un trabajo sobre la asociación del labio leporino con la fisura maxilar y la fisura palatina.

Las SS, que dirigía Heinrich Himmler (1900-1945), tenían dentro de su estructura, una organización que llevaba por nombre “Herencia Ancestral raza alemana” (Ahnenerbe), dedicada a investigar cual era el origen étnico de la raza aria. Con esta idea, Himmler organizó una serie de expediciones a las Islas Canarias, al Tíbet, Islandia, Bolivia, etc. buscando morfotipos que se parecieran a los arios. El arqueólogo Otto Huth (1906-1998) con la autorización de Himmler, fue quien realizó el viaje a las islas Canarias y en 1939, publicó un artículo con el nombre:

“La civilización de los canarios, como clave del origen Indogermánico”

en donde se atribuía a los habitantes de las islas canarias, el origen étnico de la raza aria, a través de los guanches, que habían sido los habitantes de las islas antes de la hispanización del siglo XV. Al parecer dentro de los guanches había unos que descendían de los Bereberes del norte de África y otros cuyo posible origen étnico estaba vinculado a los pueblos del norte de Europa, eran altos de 1,85 cm, rubios, con ojos azules.

Al final todas las expediciones quedaron truncadas con el comienzo de la guerra mundial.

Hemos hecho un repaso de los conceptos y de las diferentes acepciones que tiene la palabra Antropología, en el sentido de conocimiento científico, filosófico, social del hombre, de sus costumbres, de las diferentes sociedades culturales, de las leyes que regulan cada pueblo o raza étnica y en cada momento de la historia. Pero esta no es la antropología a la que me voy a referir a partir de ahora y que es el motivo de este libro. He hecho este repaso, para que el lector sepa la historia polisémica de la palabra antropología.

Me voy a centrar a partir de ahora, en la Antropología Médica, que es indudablemente una parte de la antropología general, pero relativa al conocimiento del hombre en tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal. Es decir, en el centro del estudio de la antropología médica, está la persona, el individuo solo, en el sentido más amplio, todo aquello que envuelve o rodea a la persona a lo largo de su vida es de interés de la antropología. Claro que influye la raza a la que pertenece cada persona, las migraciones que ha sufrido él o su familia, la casa en la que habita (ruidosa o no), la ciudad en la que vive,

que le sea hostil o cómoda, todo esto le marca en su manera de enfermar, de vivir la enfermedad, de sentirse enfermo o estar enfermo y de curarse. Esto es lo que sí estudiaremos, teniendo siempre como base a las neurociencias, porque sin este anclaje firme en la mente humana, sin conocer los mecanismos psicofisiológicos que operan en nuestro cerebro, incluso a nivel celular, no podremos pretender la comprensión de nuestros pacientes y aún menos conseguir su curación.

Después de José M^a Esquerdo y de José de Letamendi del siglo XIX, el máximo representante y personalidad internacional más conocida de la Medicina Antropológica o Antropología Médica es, Viktor Von Weizsäcker, nacido en 1886 en Stuttgart y quién a partir de 1925, dedicó sus actividades docentes y de investigación a la neurología, al psicoanálisis, a la psicoterapia y en definitiva a la antropología.

Con Weizsäcker la Antropología da un paso de gigante en el conocimiento y el estudio del hombre y hace de la antropología el estudio de la esencia misma de la medicina y del hombre enfermo.

Weizsäcker visitó a Freud en 1926, a quien se mantuvo siempre muy fiel lo mismo que a los principios del psicoanálisis. Según el mismo Weizsäcker el nacimiento de la Medicina Antropológica se sitúa en 1927. En 1945 Weizsäcker ocupó la cátedra de Fisiología de la Universidad de Heidelberg.

La idea básica de la Antropología Médica de Weizsäcker es

“Pedir y dar ayuda, en reciprocidad y solidaridad”

Integrando diversas percepciones sobre el ser humano, lo científico-natural y lo moral-social. El pedir y el recibir ayuda,

puede considerarse una constante cultural de la humanidad. Y supera el reduccionismo mecánico de la medicina científico-académica.

La reciprocidad y la solidaridad son los principios rectores de la Medicina de Heidelberg. La reciprocidad es un balance entre sanos y enfermos, cada uno aportando sus valores y conocimientos.

Fernando Lolas habla de “Conducta Implícita”, para referirse a la propiedad de decir, sin hablar, concordar sin acordar, aunar esfuerzos sin vencer ni convencer, lo que conlleva una armonía que solo se nota cuando se altera.

Pedro Laín creó el término de “Escuela de Heidelberg”, para referirse a Weizsäcker y a todos sus seguidores, que fueron muchos, pero entre ellos, quisiera destacar, al padre de este movimiento, al precursor de dicha escuela, que no fue otro que Ludolf Von Krehl (1861-1937).

Nacido en Leipzig, fisiopatólogo de formación, para quien “las enfermedades como tales no existen, solo vemos personas enfermas” En 1928, dictó una conferencia con el nombre:

“La forma de la enfermedad y la Personalidad”.

en donde reivindicaba una medicina fundamentada en las ciencias de la naturaleza y en las ciencias del espíritu, valorando muy positivamente el psicoanálisis, como instrumento útil en medicina interna para llegar a la curación.

El título de esta conferencia dada en Leipzig por Von Krehl, lo tomó de la obra de H. Rickert, compañero suyo en Heidelberg, que había publicado un artículo en el que hacía

mención a la personalidad como factor determinante de las enfermedades:

“Sobre las ciencias de la cultura y las ciencias naturales”.

L. von Krehl es el precursor de la introducción del concepto “espíritu” en la medicina, si bien, Kierkegaard, Max Scheler y Jacob Burckhardt ya se habían referido a él, pero no dentro de la medicina. Scheler influyó de manera clara y decisiva en la Escuela de Heidelberg, recordemos que era amigo personal de Weizsäcker.

Krehl no solo reivindicaba los aspectos psicológicos en la persona (psicoanálisis) sino que dio un paso más hacia la unidad de la persona en el sentido más global. El problema del hombre enfermo no se agota en la realidad objetiva, sino que alcanza a la filosofía de la naturaleza, decía Krehl. La Psicósomática es necesaria, pero hemos de ir hacia valoraciones de la persona, más generales, como su entorno, su ambiente, etc. y llenarla de valores bioéticos, es la Medicina basada en la persona, para Krehl

“La unidad de la persona es una dimensión espiritual”

Otro miembro destacado de la Escuela de Heidelberg fue Richard Siebeck, quien sucedió en la cátedra a Von Krehl, el cual introdujo el valor de la biografía del paciente en las historias, es la “dimensión diacrónica humanizada de la persona”. Además, dice Paul Chistian, que Siebeck introdujo el concepto de intuición, sin duda vinculado al concepto de espíritu de Kehl.

Baruch Spinoza en el siglo XVII, ya había postulado que la intuición es el medio más refinado para conseguir el saber, pero consideraba que para que se dé esta intuición, es preciso que

acumulemos conocimientos y utilicemos la razón para analizarlos.

Kant, definía la intuición como el modo por el cual, el conocimiento se refiere a los objetos inmediatamente. Kant diferencia;

- el contenido de la intuición, la sensación o forma de conocer a través de los sentidos.
- la forma de la intuición, o intuición pura. Para Kant, las matemáticas se fundamentan en la intuición pura, siendo el espacio y el tiempo aspectos de esta intuición pura.

Para que todas las percepciones se den en la unidad espacio-tiempo, es necesario suponer la contribución de la espontaneidad. Receptividad sensorial y espontaneidad son elementos claves de la intuición formal (conexión entre entendimiento y sensibilidad). En todo caso, Kant reivindica en su filosofía las diferencias con el empirismo y con el racionalismo.

Jung también habló del concepto de intuición considerándola como una percepción del inconsciente colectivo, que se realiza de forma inmediata y que se presenta con gran certeza y seguridad.

Esta visión de la vida y de la medicina, choca con lo que Fernández-Cruz Pérez Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid, dice que impera actualmente entre los estudiantes de medicina y médicos en ejercicio. Según Fernández-Cruz, la actividad asistencial actual, está dominado por lo que él denomina, “La Era del Datismo”, todos son datos actualmente y todos son algoritmos y a los estudiantes solo les interesan los datos fríos. Han sustituido la pluma estilográfica, por el algoritmo.

Continuando con la Escuela de Heidelberg, fue realmente Weizsäcker quien infundió mayor carácter a dicha escuela junto con algunos de sus sucesores. Destacaríamos entre ellos a Paul Christian de quien ya hemos hablado al hablar de la esencia de la persona.

Así, en el trabajo con nuestros enfermos, en esa medicina dialógica la terapia por la palabra se ofrece como paliativo a

“La soledad del sufrimiento y al sufrimiento de la soledad”

Alexander Mitscherlich, (1908-1982), se doctoró con su maestro Weizsäcker en 1941 y fundó con él en 1948 en Heidelberg la primera Clínica Universitaria de Medicina Psicosomática de una ciudad alemana. Como continúa pasando en muchos países, el psiquiatra Kurt Schneider reivindicaba para la psiquiatría en exclusiva, el campo de la psicosomática.

Weizsäcker, como toda la escuela, daba gran valor a la biografía del paciente, como indicara Siebeck, pero también le daban valor simbólico al órgano afectado en cada paciente, relacionándolo con la causa que justifica su aparición en cada momento. De manera resumida podemos decir, que las preguntas claves para Weizsäcker eran:

- ¿Por qué allí?
- ¿Por qué ahora?
- ¿Qué significa?

Cada médico se enfrenta a una persona que está sufriendo, esté enferma o no, en todo caso, se siente enfermo y en este enfermar existen algo más que emociones y somatizaciones, existe un entorno social que influye en él, un ambiente ecológico vivido con mayor o menor inadaptación. ¿O es lo mismo una

artritis reumatoide en una paciente que vive rodeada de un ambiente familiar acogedor, en su ciudad natal, que otra persona, inmigrante, que se encuentra sola, en una ciudad donde quizás no hablan su lengua materna y donde incluso se relaciona con su médico con cierta dificultad? Indudablemente todo esto influye en la enfermedad, en su evolución y en su pronóstico. El paciente no es solo una mente y un cuerpo, enfermo o no, es un ambiente, un ecosistema, que le marca de manera decisiva.

La gran diferencia entre la importancia de la biografía desde el punto de vista de Freud y la de Heidelberg, es qué para Freud, la vida son pulsiones e instintos, mientras que, para Heidelberg, la vida es un proyecto vital, en el que hay un entorno que forma parte de la esencia de la persona y en su enfermar, el socioanálisis.

Podríamos decir que al fisioanálisis, se unen el psicoanálisis, el socioanálisis y el ecoanálisis, todos gobernados por un espíritu que los regula.

Para Fernando Lolas, discípulo directo de Paul Christian, cuatro son las características fundamentales de la Escuela de Heidelberg:

- La integración de lo biológico y lo histórico, lo que se ha dado en llamar Medicina Biográfica.
- La integración de lo psíquico y lo somático, es decir la Medicina Psicosomática.
- La relación de la persona con la sociedad o antropología social en sus dos vertientes, en cuanto a salud pública y en cuanto a la sociedad generadora de patologías.
- La relación de la medicina con la filosofía, específicamente en la figura de Max Scheler.

En el libro de Weizsäcker, “Patosofía” o sabiduría del sufrimiento, explica la evolución de las enfermedades en función del manejo que el médico haga de su paciente, abarcando desde un cuidado o sensibilidad próxima, a un distanciamiento del enfermo que permita a la enfermedad progresar a lo largo de estas fases:

- Fase-Neurosis, es cuando algún problema del ello, es decir del inconsciente, no se resuelve adecuadamente y se manifiesta como un síntoma corporal, como una somatización, que en la mayoría de los casos debería ser banal, si el médico manejara de manera adecuada la situación, informando al paciente del posible origen de su padecimiento y realizara un señalamiento correcto.
- Fase-Biósis, a la que se llegaría si no se ha producido un señalamiento y el paciente sigue con molestias somáticas. En esta fase ya hay una enfermedad orgánica con signos físicos, que responde bien a un tratamiento farmacológico, de manera que con una receta se puede controlar la enfermedad brevemente.
- Si no se hace nada de manera más afectiva que recetarse algo, podríamos entrar en la Tercera fase o de Esclerosis, en donde ya se produce la muerte del órgano y el proceso se vuelve irreversible, con lo que ya no es posible su curación.

En el Juicio a los Médicos celebrado en diciembre de 1946, se intentó encausar a Weizsäcker de haber colaborado entre 1942-43 con el régimen nazi, acusándole de realizar estudios de cerebros de niños discapacitados que habían sido objeto de eutanasia. La documentación fue presentada por Metchthilde Kutmeyer. Fue absuelto de todas estas acusaciones, no llegó ni a juicio su causa.

Como es sabido en este Juicio se juzgaron a tres oficiales y veinte médicos, de los cuales, se condenó a muerte a siete, nueve tuvieron penas de prisión y siete fueron absueltos. Hemos de recordar que la mitad de los Médicos en la Alemania nazi, estuvieron afiliados al partido de Hitler, en un momento u otro, si bien los estudios llevados a cabo por Alexander Mitscherlich, de los 90.000 médicos que había entonces en Alemania, solo algo más de trescientos, participaron en algunas actividades con los nazis. Durante los años de Hitler se promulgaron leyes como la “muerte caritativa” para los discapacitados mentales y físicos y también se justificaron los experimentos en humanos “por el bien de la ciencia”.

Fue a raíz de este juicio a los médicos, por lo que se elaboró el primer Código Internacional de Ética, el 19 de agosto de 1947, bajo el precepto hipocrático de:

“Primum non Nocere”.

en cuyo código se establecían las normas para llevar a cabo experimentos en seres humanos, considerándose básico por primera vez en la historia, el consentimiento voluntario de la persona. Este código internacional, consta de diez principios éticos que fueron redactados por dos médicos norteamericanos que habían sido asesores técnicos en este juicio a los médicos alemanes. Los doctores Leo T. Alexander (Psiquiatra) y el Andrew C. Ivy (Fisiólogo). A raíz de este juicio y estas conclusiones, empezó a tratarse el tema de la Bioética, hasta que en 1978, se realizó el informe Belmont, del que ya hemos hablado.

Continuando con Weizsäcker, podemos decir que consideraba tres motivos para destruir la vida: la carencia de valor, la compasión y el sacrificio. El concepto de carencia de valor de una

vida queda un poco confuso, tanto por parte de quien tenga que enjuiciarlo, como por parte de la persona enjuiciada.

Weizsäcker falleció tras larga enfermedad en 1957, pero no cabe duda de que su escuela, la de Heidelberg, su manera de ver al enfermo perdura a lo largo de la historia, ya que puso negro sobre blanco en todo lo que se había publicado sobre Antropología en los últimos cien años, tanto en España como en toda Europa. Sus ideas y conceptos sobre la forma de ver al enfermo, se mantiene más viva que nunca.

Laín, dice, en lo que coincido plenamente, que en todo médico existe una “laguna antropológica” debido a la confrontación del saber médico y la realidad viva y propia de cada paciente. Al médico actual, dice Laín, no le preocupa la biografía del paciente, ni su entorno social o laboral, ya que cree que dispone de medios farmacológicos y técnicos para reponer al paciente a su estado de salud. Por eso, “el médico dogmático” que diría Marañón, el médico de la exaltada y ahora denostada y olvidada medicina basada en las pruebas, el médico del algoritmo odia las patologías funcionales, las maneja mal, no se ajustan a sus criterios diagnósticos dogmáticos, no le gusta el paciente, pues no puede objetivar nada y además responderá mal al tratamiento que le haga, con lo que opta por quitarse al paciente de encima. Fruto de este rechazo inconsciente, el médico crea resistencias por su poca formación en antropología.

En 1961 Rof Carballo decía:

“A la mayoría de los médicos no les interesa la Medicina Antropológica, se piensan que es una cultura de adorno. Para la mayoría de los profesionales de la medicina, es una ciencia ornamental “.

Ya en 1984, Pedro Laín definió la Antropología Médica como:

“Es el conocimiento científico y filosófico (antropológico) del hombre en tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sabnible y mortal. Ella y solo ella es el verdadero fundamento del saber médico, aunque a veces no lo sepa el práctico de la sanidad”.

El cuerpo central de la antropología médica es la morfología, la historia, la fisiología, la psicología, la sociología, la ética, la filosofía, la antropología cultural, la semiología, la realidad misma del ser humano.

Fernando Lolas recoge el legado de Rudolf Virchow del que habló en el primer capítulo al hablar de la medicina como ciencia social, pero Lolas además añade la consideración de la Antropología como ciencia biológica, donde es tan importante saber qué enfermedad tiene una persona, como qué persona tiene una enfermedad, es el campo de las neurociencias.

El enfoque de un enfermo debe hacerse bajo una visión epistemológica, con tres prismas muy determinados:

1. Biológico, neurociencias, alteraciones bioquímicas.
2. Sociológico, valorando el entorno en el que se encuentra el paciente.
3. Histórico y racial, valorando las migraciones que haya sufrido él y su familia.

Continuando con Fernando Lolas, considera que lo esencial de la Antropología Médica en la actualidad, no es ni debe ser una doctrina, si no muy por el contrario, es:

A-Una perspectiva comprensiva y empática sobre lo que significa ser humano, es decir el Humanismo Médico. El Humanismo también debe ser Adaptado, ya que, en una época de globalización, el humanismo debe ser comprensivo con las diferentes tendencias, culturas, religiones, etc. Para María Teresa Russo, de la Universidad de Roma,

“el humanismo medico es una actitud y saber del médico, que advierte la necesidad de detenerse a examinar su actividad, desde el punto de vista ético y antropológico, para así poder entender la realidad del hombre enfermo y poder relacionarse con él. No puede haber humanismo medico sin antropología”

- B- Un modo de concebir preguntas.
- C- Es la dimensión filosófica de la Medicina.
- D- Las artes y las ciencias vinculadas al bienestar y la salud.
- E- Tiene como carácter fundamental su carácter comprensivo.
- F- Es una fusión de racionalidades, discursos y creencias.
- G- Su campo de estudio es la visión biopsicosocial con integración de las ciencias sociales y del comportamiento
- H- La reflexión sobre el poder político y sus repercusiones sobre la economía
- I- Es una medicina que engloba la basada en pruebas, la basada en valores y la centrada en el paciente
- J - Investigación histórica.
- K - Deliberación ética, de la que más tarde hablaremos, para poder obrar con Prudencia.
- L - Diálogo entre racionalidades e intereses.
- M - El cuidado del enfermo y la compasión.

La estructura de la antropología médica debe ser vista de una forma temática y respectiva.

De una forma temática sería:

- La realidad del hombre: capaz de enfermar y de curarse
- La salud humana, preocupación habitual del hombre.
- La enfermedad humana, conociendo sus patologías.
- El acto profesional,
- Los horizontes de la actividad profesional, que son la curación, la muerte del enfermo o su curación.

La Antropología Médica, entiende al ser humano, desde la realidad de su “infirmidad” con una necesidad dialógica, fundamentada en los encuentros con los demás y su ambiente, donde el concepto de bipersonalidad, tiene su máxima expresión.

Lolas habla de la “Triada Psicofisiológica”, para referirse a la fisiología, al lenguaje a la biografía con su comportamiento incluyendo incluso a la espiritualidad, como fundamentos de la Antropología médica.

Otro punto de vista respecto a la antropología médica es el referido al individuo y su entorno:

- El hombre como personalidad individual. El individuo solo. Solo nacemos y solos morimos. Naturalmente que necesitamos a la sociedad y de hecho es uno de los grandes avances de la evolución, pero en todo momento hemos de considerar al individuo como una persona independientemente de la sociedad.
- El hombre como persona social. En el libro de Christian y Haas, de 1949, sobre Bipersonalidad, hablan del concepto “Fisiología Social”, en la línea de unificar tareas, y compartir metas. Este concepto toma hoy un valor mayor, cuando las

sociedades se han convertido en mosaicos de grupos, o colectivos, que se diferencian entre sí por atributos, positivos o negativos distanciándose unos de otros por afirmaciones de derechos y cualidades comunes.

- El hombre como persona histórica.
- El hombre como ejecutor de actos éticos y estéticos.

Dice Fernando Lolas, que la Medicina Antropológica, como se entendió en Alemania, había quedado estancada, sin seguidores y sin proyectos. Paul Christian (1910- 1996), maestro de Lolas y discípulo directo de la Escuela de Heidelberg, tuvo la oportunidad de acercarse al pensamiento de Martin Heidegger, pero por diferentes razones no fue así y Lolas atribuye a ese hecho la falta de progresión que tuvo esta Antropología médica, en esta fase de la historia.

Visto con perspectiva, reconozcamos que acercarse a la figura de Heidegger tenía algunas connotaciones y no todas favorables. Martin Heidegger (1889-1976) es considerado el pensador más brillante del siglo XX junto a Wittgenstein. Creador del movimiento existencialista, junto a Kierkegaard, es justo reconocer que tiene una biografía especial.

Heidegger fue Rector de la Universidad de Friburgo, perteneció al partido nacionalsocialista de Hitler desde 1933, año en el que Hitler llegó a la Cancillería, y fue destituido posteriormente en 1945 por el ejército aliado. Filósofos españoles, como Ortega y Gasset, X. Zubiri, Julián Marías, reconocen la influencia del existencialista Heidegger en sus respectivas obras.

Sin embargo, Paul Christian, estaba mucho más influenciado y próximo filosóficamente hablando a las teorías de Jürgen Haber-

mas, (1929) miembro de la Escuela de Frankfurt. Habermas había publicado en 1953 una obra en la que criticaba a Heidegger, por su postura próxima al nacionalsocialismo, mientras que él, se había mantenido dentro de la Escuela de Frankfurt próximo a las teorías de Marx y Freud, que como es sabido, proponían un cambio social en el ámbito del entendimiento entre los pueblos basado en la comunicación entre los sujetos, con una ética comunicativa en el sentido de “Comunidad ideal de diálogo”, aceptando los “límites de la racionalidad humana” por lo que las normas aceptables deben estar basadas en el diálogo. Jürgen Habermas fue Premio Príncipe de Asturias en 2003.

No obstante, Carl Friedrich von Weizsäcker, sobrino de Viktor von Weizsäcker, comentó años después, que se había producido un encuentro entre su tío y Heidegger en casa del físico Werner Heisenberg, en 1935, en la casa que este tenía en la Selva Negra, poco después de haber recibido el Premio Nobel de Física.

Werner Heisenberg (1901-1976) es conocido en todo el mundo por su principio de incertidumbre, fundamental en la teoría cuántica:

“Es imposible medir simultáneamente de forma precisa la posición y el momento lineal de una partícula”.

En 1932 le fue concedido el Premio Nobel de física.

Heisenberg estuvo a cargo de la investigación del proyecto de la bomba atómica, y en 1941 se reunió con Niels Bohr en Copenhague, con el fin de conseguir que ambos bandos de la guerra retrasaran la construcción de la bomba atómica. Bohr tenía muchos más contactos internacionales en ambos bandos que Heisenberg.

Al final de la guerra, Heisenberg y otros científicos, como Carl Friedrich von Weizsäcker, fueron apresados e internados en una casa de campo en la campiña inglesa, llamada “Farm Hall”, donde los ingleses habían instalado unos micrófonos para escuchar las conversaciones que tenían entre ellos.

En 1970 le fue concedido a Heisenberg el Premio Sigmund Freud de prosa académica.

Finalmente parafraseando a Martínez Hernáez, veremos que la enfermedad vista por los Antropólogos tiene las siguientes características:

1.- La importancia del nivel e inquietud cultural del paciente, así como las relaciones sociales que mantenga, son básicos para comprender globalmente la enfermedad en cada paciente. Es el déficit de cientifismo lo que perjudica al paciente si observa que su terapeuta solo le valora como un ente biológico aislado. Tenemos que interesarnos por sus formas de vida, hábitos dietéticos, etiquetas, la pobreza, las migraciones que ha sufrido su familia, etc.

Un ejemplo clásico de como la cultura y el ambiente pueden influir en el desenlace de una enfermedad es el conocido “Síndrome de la muerte por Vudú”, o el libro de León Tolstoi “La muerte de Iván Ilich”. En ambas situaciones, la persona se ve aislada del ambiente social, de sus redes sociales, asociándose a una sensación de pánico y ansiedad.

La etiqueta que ponemos a nuestros pacientes cuando les damos un diagnóstico y el aislamiento social al que muchos enfermos se ven sometidos por alguna enfermedad, en antropología se engloban dentro del concepto de nocebo, por el efecto de sugestión negativa que ejercen ambas situaciones. Imaginemos

una persona con unas relaciones sociales pobres, a la que se le da un diagnóstico más o menos serio. Esta asociación de aislamiento social y diagnóstico o etiqueta, pesaran como una losa sobre su cabeza, afectando a su estado de ánimo, con aparición de ansiedad, catastrofismo, etc.

Todos estos factores acaban repercutiendo en la enfermedad de tres maneras diferentes:

A.- La construcción social de la enfermedad, cómo ve la sociedad la enfermedad que tiene nuestro paciente, que no siempre se corresponde con la percepción de la enfermedad que tiene la sociedad. Sin ir más lejos, la homosexualidad ha sido considerada hasta hace bien poco una enfermedad, y hoy es un hecho admitido globalmente sin mayores repercusiones. También la Fibromialgia, depende en que ámbitos se hable de ella, también es una enfermedad con connotaciones histéricas. En ambos casos, sin duda alguna estamos ante procesos relacionadas con la cultura

B. Influencia del entorno sociocultural, con las normas higiénicas, alimentarias, etc. En la epidemia del 2020 del coronavirus, se insistía a la población, con la necesidad de lavarse las manos y mantener una distancia social de dos metros que impidiera la transmisión del virus.

C.- Conjunción de otros factores, como el alcoholismo u otras patologías subyacentes.

2.- La Multicausalidad en las enfermedades, hasta en las microbianas. Todas las enfermedades se ven condicionadas también por las situaciones higiénico-dietéticas, la pobreza, las desigualdades sociales, las condiciones de trabajo y vivienda, etc.

3.- Particularidades de cada paciente en función de su propia vida.

4.- La teoría universalista de las enfermedades de la medicina biológica, no da respuesta a los llamados “Culture-bound Syndromes” o síndromes dependientes de la cultura, de los que ya hemos hablado.

Profundizando en estos conceptos, expresados por Martínez Hernández y siguiendo con el campo de actuación de la Antropología Médica, Lolas considera, y con esta opinión coincido plenamente, que la Antropología médica, se ve complementada con la bioética clínica.

La antropología medica de tradición alemana y de la Europa continental, se reinventa cada cierto tiempo. Recientemente han aparecido una serie de nombres que de alguna manera se relacionan con los conceptos de los que venimos hablando de psicósomática y antropología médica. Me refiero a la aparición de las llamadas medicinas “ecológicas” o para algunos, pseudoecologicas o la Medicina Basada en la persona o el paciente. En medicina cuando no se nos ocurre nada nuevo, le cambiamos el nombre a algo que ya existe. En mi opinión, algo así ha ocurrido o mejor, está ocurriendo con las llamadas medicinas ecológicas. Todo está ya expresado por la Antropología médica en lo que se refiere a la valoración del enfermo. Y respecto a las técnicas a utilizar, todas son bienvenidas si aportan algo y ayudan, aunque sea poco a la curación o mejora de nuestros pacientes.



⊗ 7.- MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA. MEDICINA HOLÍSTICA

Paul Tournier (1898-1986) fue un médico ginebrino hijo de un pastor protestante que ejercía en la catedral de san Pedro de Ginebra y que murió cuando Paul tenía tres meses. Perdió a su madre, también, por cáncer de mama, a la edad de seis años. Al quedar huérfano de padre y madre, fue cuidado por sus tíos, tanto él como su hermana. En 1923 obtuvo el título de Médico por la Universidad de Ginebra.

En 1940, publicó su primer libro, “Médecine de la Personne”, en el que expone sus ideas, sobre el hombre al cual considera algo más que un ser orgánico. Es un ser espiritual.

“la medicina de la persona no es una rama más de la medicina, es una forma de tratar a la persona, poniendo el énfasis en la cohesión social, los acontecimientos de la vida y la espiritualidad”.

La Medicina de la Persona;

- es una actitud, no un sistema teórico.
- es una medicina sistémica, superando la medicina analítica.
- se aplica a todos los profesionales de la salud.
- no es una psicoterapia religiosa, pero se basa en una visión espiritual de la persona.
- no es una antipsiquiatría ni una medicina alternativa.

En la Medicina de la persona, está la esencia de la Antropología Médica. Tournier incorpora a la religión en su punto de vista de la Persona. En mi opinión, la espiritualidad no debe ser entendida solo como religiosidad, si no en un sentido más global, ya que los agnósticos también tienen espiritualidad.

Michael Balint (Budapest, 1906-Londres, 1970), en los años sesenta del siglo pasado, planteaba que la medicina puede ejercerse de dos maneras diferentes;

- Centrada en la enfermedad
- Centrada en el paciente.

Este enfoque de Medicina centrada en el paciente ha tenido diferentes seguidores y apreciaciones diferentes. Ian McWhinney (1926-2012) en 1972 postulaba la medicina centrada en el paciente, es una manera de entrevista por parte del médico en la cual, este intenta entrar en el mundo del paciente, para ver la enfermedad bajo su prisma. Un estudio realizado por McWhinney mostró que en las entrevistas los pacientes presentaban los siguientes problemas;

- Saber cómo está funcionando mi organismo.
- Los sentimientos que esta enfermedad me está produciendo.
- Las expectativas, es decir, que futuro tengo, al padecer esta enfermedad.

Naturalmente que aquí entra el concepto de amenaza y de sufrimiento.

- Mis propias ideas sobre la situación de la enfermedad, desde el punto de vista laboral, social, legal, etc.

En la medicina centrada en el paciente, según su fundador, lo básico es la entrevista, donde el profesional, aúna, en el diagnóstico, primero la enfermedad y además las circunstancias vitales y psicológicas del paciente.

Ian McWhinney es uno de los padres de la llamada Medicina de familia. Formuló nueve principios básicos para el ejercicio de la medicina de familia;

- 1- El médico de familia está más comprometido con la persona, que con el cuerpo de su paciente.
- 2- El médico de familia, debe comprender el contexto en el que se produce la enfermedad.
- 3- El médico de familia debe en cada contacto con su paciente, intentar enseñar y educar para prevenir enfermedades.
- 4- el médico de familia, debe considerar al grupo de sus pacientes como una población en riesgo.
- 5- el médico de familia debe considerarse parte del grupo de personas a las cuales cuida.
- 6- el médico de familia, si pudiera, debe compartir el mismo hábitat que su grupo de atención.
- 7- el médico de familia atiende a us pacientes en el consultorio, en su casa y en el hospital.
- 8- el médico de familia debe conceder más importancia a los aspectos subjetivos de la enfermedad.
- 9-el médico de familia debe ser un gestor de recursos.

La llamada “Medicina Holística” es considerada una pseudo-terapia cuyo principio básico reside en los poderes de sanación que tiene el propio organismo. Para ello utiliza prácticas cuya efectividad no han sido contrastada por ningún autor hasta la fecha.

“La medicina holística, dice poner el foco en la persona y no en la enfermedad”.

Es evidente su parecido con las ideas de Krehl creador de la Escuela de Heidelberg. Utiliza como técnicas terapéuticas, la homeopatía, la acupuntura, la fitoterapia, la aromaterapia, la nutrición, etc.

Otra medicina ecológica es la Medicina Integrativa, combinación de la medicina basada en las pruebas, con medicinas complementarias o ancestrales. El principio básico es considerar a la persona como un todo, utiliza la medicina biorreguladora, la terapia neural y la acupuntura como técnicas prioritarias.

“Es la práctica de la medicina que reafirma la relación médico-paciente, atiende a la persona como un todo, explicando las pruebas haciendo uso de todas las aproximaciones terapéuticas para conseguir la curación”.

Esta es la definición oficial, la que dan los Centros Académicos de salud para la Medicina Integrativa desde 1999, en la cual vemos que aparecen conceptos de Antropología, de medicina Participativa, etc.

Ciertamente esta medicina integrativa está agrupando a Universidades de tanto prestigio como Duke, Georgetown, Waizn, Clínica Mayo y recientemente la junta Estadounidense de Especialidades Médicas (American Board of Physician Specialties) ha decidido otorgar una acreditación en Medicina integrativa a quienes acrediten una formación en estas áreas.

La palabra Alopátía viene del griego y significa “diferencia de Padecimientos”. El término fue usado por primera vez en 1841 por Samuel Hahnemann, (1755-1843), pero actualmente en

los círculos de los homeópatas, se utiliza la palabra alopátia, para referirse a la medicina occidental, medicina basada en las pruebas, etc. La palabra contrapuesta de Alopátia es la Homeopatía (curación por los semejantes).



❖ 8.- AXIOLOGÍA Y BIOÉTICA

El termino valor fue acuñado por K.W.M. (Bill) Fulford, profesor de Filosofía de la Universidad de Warwick (al norte de Londres) en 2004, definiéndolos como Complejos y Diversos. Un valor es una cualidad de un sujeto, o de un objeto. Es una cualidad agregada a las características físicas o psicológicas tangibles del objeto. Es pues, una interpretación subjetiva de un hecho o de un objeto.

Platón (427-347 a. Cristo) fundador de la Academia de Atenas, maestro de Aristóteles, creador de la “Doctrina de las Ideas”, que para Diego Gracia (13) es en realidad, el mundo de los valores descartaba el subjetivismo de las emociones y por ende la pluralidad en los valores, de manera que todo el mundo debería tener la misma idea y los mismos valores en base a la racionalidad. Los sentimientos individuales no cuentan ya que aportan un subjetivismo sin duda biográfico que no debe ser tenido en cuenta.

En la pintura de Rafael Sancio, llamada la “Escuela de Atenas”, se ve a Platón y Aristóteles caminando. Platón lleva en la mano un libro llamado Timeo, que recoge sus diálogos, muchos de ellos basados en las conversaciones que había tenido con Sócrates, su maestro. Timeo está dividido en tres partes, la primera dedicada al estudio del cosmos, la segunda al estudio de la materia y la tercera a reflexionar sobre el hombre. En esta tercera parte se cita el concepto, por primera vez utilizado, de “scala naturae” referido a que todos los animales que pueblan el planeta son producto de la degradación del ser humano.

También, en uno de los diálogos que lleva por título Fedro, Platón dice;

“El mayor error que puede cometerse en el tratamiento de las enfermedades es que existan médicos para el cuerpo y médicos para el alma, cuando no es posible separar una de otro”

En el cuadro citado, está representada también la figura de Aristóteles llevando un libro, que lleva por título “Cartas a Nicómaco”. En este libro se utiliza por primera vez, la palabra Antropología, definida como al estudio del hombre.

Aristóteles, en contraposición a Platón, en estas Cartas se refiere también al concepto de “Scala Naturae” pero en sentido contrario al de Platón, ya que dice, que el ser humano es el producto de una evolución ascendente de los animales.

El concepto de “Scala Naturae” duró hasta el siglo XIX, lo que nos da una idea de la influencia de la escuela de Atenas en la historia de la humanidad.

El 19 de abril de 1529, seis príncipes y catorce ciudades libres alemanas, del Sacro Imperio Romano-Germánico, presentaron una protesta, llamada “Protesta de Espira”, en la que protestaban por el edicto que había promulgado el Emperador Carlos V, según el cual, se anulaba la tolerancia religiosa del luteranismo en los principados alemanes.

Este documento de protesta está considerado uno de los documentos más importantes del protestantismo, del cual toma su nombre. Los príncipes y las ciudades libres, lo que estaban reivindicando en la Protesta de Espira, es una visión diferente de la iglesia, respecto a los valores espirituales y religiosos esta-

blecidos por Roma. Estaba naciendo el pluralismo axiológico, acabando al mismo tiempo, con la ideación única racional que había marcado Platón hasta ese momento.

Para Diego Gracia, la clave está en el “Constructivismo Axiológico”, es decir, los valores de los hechos y de las personas, están condicionados tanto por la razón como por las emociones, de manera que los valores son aprendidos de la realidad donde tanto la razón como las emociones, juegan papeles determinantes. Como dice Kierkegaard, en la elaboración de un valor, interviene, la autorreflexión en la que participan las emociones vividas relacionadas con el hecho y la racionalidad, además de la voluntad y la libertad.

Una vez realizada la “valoración” de un hecho o un objeto, se memoriza en la profundidad de la corteza, en forma de memoria implícita o procedimental. Es decir, en la valoración de algún hecho u objeto participan tanto la racionalidad, como las emociones relacionadas con el hecho y la voluntad y la libertad de acción. Es una “Lógica Límbica” aprendida, por lo que podemos colegir, con Kierkegaard que los valores son un atributo del espíritu.

En base a esta lógica límbica, establecemos dos tipos de valores;

- 1.- Los valores intrínsecos que son la verdad, la justicia, la paz y el amor, etc. que parecen bastante comunes a todas las personas e inamovibles. Comte Sponville dice que el amor es el valor supremo. López Ibor habla de valor intrínseco para referirse al sufrimiento. Los valores intrínsecos no se pueden medir, no tiene precio. Las sociedades que potencian los valores intrínsecos son sociedades cultas. Lolos considera a la enfermedad un valor de la medicina

2.- Los valores instrumentales, que son todos los demás. Pueden ser materiales (el dinero, vestidos, casas, coches, la comida, etc.) o espirituales (afecto, honor, fidelidad, convicciones religiosas, ideas políticas, sexualidad, etc.), el valor que demos a una persona o a un cuadro, por ejemplo. Las sociedades que potencian los valores instrumentales son sociedades civilizadas. Los valores técnicos, son valores instrumentales. Es el valor proleptico del dolor (que se anticipan aspectos del futuro que linealmente, tendrían que venir después). Para Lolás, el dolor y la belleza tienen en común, que en ambos hay percepción y vivencia. Cada uno sufre el dolor de una manera, lo mismo que la belleza y depende de las vivencias que haya tenido la persona para afrontar el dolor o sentir la belleza. El dolor, es pues, una construcción cultural.

Es muy probable que exista un valor máximo que quizás se resuma en la frase de Kant:

“trata a cualquiera como a un fin en si mismo y no solo como un medio”

Scheler (32) distinguió cuatro tipos de valores,

Los sensibles

Los vitales.

Los espirituales.

Los religiosos.

Para Scheler también los valores tienen una jerarquía, y así los vitales y espirituales serían de rango superior, a los religiosos y sensoriales. Se tiene que “preferir” un valor a otro, dice Scheler, preferir es elegir lo más importante, debemos preferir o elegir el valor superior al inferior.

En ocasiones, la persona, se siente incapaz de “apetecer” los valores más elevados es lo que Scheler llama “impotencia del espíritu”, que da lugar a la “ceguera axiológica”, que puede ser tanto individual como social.

Trasladando el tema de los valores a la esfera médica, podemos clasificar los valores, como;

- 1.- El valor técnico, que hace alusión a la fundamentación técnica que cada terapeuta desde el punto de vista técnico debe tener. Es el concepto de la antigua Grecia, de *Téchne*, de acción eficaz que se opone a las *praxis* de Aristóteles que se refiere a la acción, propiamente dicha. Es exigible a cada profesional que sus actitudes terapéuticas estén basadas en sus conocimientos, no en la información de algún tema sino en una información organizada, es decir en un conocimiento estructurado que busca hacer el bien, un saber práctico para resolver los problemas de cada día. Son valores instrumentales.
- 2.- El segundo valor a destacar dentro de la esfera médica, es el valor moral. El valor moral viene determinado por el uso de una actitud terapéutica, es decir realizamos una determinada actitud terapéutica porque lo hace un determinado protocolo. Podemos fundamentar una decisión terapéutica porque la tradición o las costumbres nos lo permiten o nos obligan. Tal es el caso de la utilización del término, “por protocolo”, las cosas se hacen porque un determinado grupo profesional así lo marca, no porque se halla demostrado que esta forma de actuar sea más beneficiosa para los pacientes, como dicen los ochocientos epidemiólogos liderados por Sander Greenland. Estos valores morales, son evolutivos, dependen de la evolución cultural para ir modificándose. En ocasiones los valores morales entran en conflicto con

las nuevas necesidades y los nuevos conocimientos que se van adquiriendo por parte de la sociedad. Se hacen las cosas porque está bien visto hacerlas así dentro de nuestro grupo social. Usamos fármacos antiguos porque los aprendimos y nos han ido dando buenos resultados. Programamos cesáreas porque pensamos que la paciente estará mejor atendida, etc. El valor moral, es subjetivo y cambiante. Los valores morales de la persona están en nuestro cerebro como una memoria a largo plazo, de tipo implícito o inconsciente y en consecuencia, produce respuestas automáticas, sin reflexión.

3.-Pero el valor ético, el tercer valor fundamental, debe ir acompañado de la justificación moral. La moralidad se diferencia de la bioética en que ésta justifica la moralidad. Es preciso razonar y deliberar sobre lo que estamos haciendo. La ética sobrepasa las costumbres y las tradiciones de la moralidad, para entrar en el mundo de la cognición, de la confrontación dialéctica. El sufrimiento, para López-Ibor es un valor ético. Los valores Bioéticos de la medicina se relacionan indudablemente con el lema de la ilustración del siglo XVIII, “Sapere Aude”, ¡atrévete a pensar!! y después obra con prudencia. También esta ética, esta justificación moral que se opone a los usos y costumbres, se relaciona con el concepto expuesto brillantemente por Alexander Solzhenitsyn en la Universidad de Harvard en 1978, referido a la sociedad occidental

“El declive de la valentía, la merma de coraje, acentuado por la inflexibilidad y la colera. En tiempos pasados, la perdida de coraje era el comienzo del principio del fin”

La persona realiza una actividad diaria que podríamos englobar bajo el término de “movimiento”, siguiendo a Lolas en Heidelberg. El movimiento no debe entenderse como algo mecánico,

si no como la realización de algo, para algo y no solo por algo. El movimiento, así entendido no tiene solo una manifestación exterior, sino una dimensión interior y subjetiva, es el moverse para algo. Es la “acción genérica humana”, conseguir la plenitud de la intención, llenarla de placeres y producir en los demás una armónica alegría y que además produce en la conciencia de quien la realiza un valor correcto, justo y apropiado. Es hacer lo justo, lo apropiado y lo bueno. Es una perspectiva comprensiva, empática y adaptada, de lo que significa ser humano. Es decir la idea básica de la Antropología Medica de Weizsäcker es

“Pedir y dar ayuda, en reciprocidad y solidaridad”

Integrando diversas percepciones sobre el ser humano, lo científico-natural y lo moral-social. El pedir y el recibir ayuda, puede considerarse una constante cultural de la humanidad. Y supera el reduccionismo mecánico de la medicina científico-académica.

La reciprocidad y la solidaridad son los principios rectores de la Medicina de Heidelberg. La reciprocidad es un balance entre sanos y enfermos, cada uno aportando sus valores y conocimientos.

Fernando Lolas habla de “Conducta Implícita”, para referirse a la propiedad de decir, sin hablar, concordar sin acordar, aunar esfuerzos sin vencer ni convencer, lo que conlleva una armonía que solo se nota cuando se altera.

La primera persona que utilizó el término de Bioética fue Fritz Jahr, (1885-1953) pastor alemán protestante, quién en 1927, publicara en la revista Kósmos, un artículo con el título de “Bioética” inspirado en Kant. Sorprendentemente en ese artículo, Jahr ya se refería a la importancia de preservar el medio

ambiente, e incluso en otro artículo publicado más tarde en 1934, habló del “imperativo bioético”, parafraseando a Kant, con su “imperativo categórico”.

Sin quitar importancia a la figura de Jahr, debemos reconocer que Kant (1724- 1804), en su obra *La Paz Perpetua* (1795), ya se refirió a la moral y a la ética sin citarlas como tales, proponiendo una alianza de naciones para lograr que cualquier país que obtuviera un beneficio, de la materia que fuese compartido con todas las demás naciones. En esta obra Kant se preocupaba así mismo, del medio ambiente.

Como hemos dicho, en 1947 a raíz del “Juicio a los Médicos” de Nuremberg celebrado entre 1946 y 1947, dieciséis entre científicos y médicos fueron declarados culpables y concretamente siete fueron ejecutados por transgresiones al derecho internacional y natural. A raíz de este juicio, se publicó un código de ética médica, donde se establecía por primera vez, el concepto de consentimiento voluntario de la persona para poder realizar experimentos con ella. Este código no fue aceptado por las Naciones Unidas hasta 1974, en los siguientes términos;

“nadie será sometido a tortura o a tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante. En particular, nadie será sometido a experimentación médica o científica sin su consentimiento libre”

Llama la atención qué en este artículo, que corresponde al número 7 de los acuerdos de la Asamblea General, se hace mención tanto a la experimentación medica como a la tortura. En la práctica diaria, yendo aun algo más lejos, podríamos relacionar estos dos conceptos con los de paternalismo, competencia, ensayo clínico y método científico. ¿Tiene el paciente, competencia, conocimientos información, para decidir someterse a

un ensayo clínico o se está ejerciendo sobre él un paternalismo fuerte imponiendo un tratamiento experimental? Quizás la respuesta esté en los conceptos de información y de conocimiento.

En 1970, Van Rensselaer Potter (1911-2001) oncólogo estadounidense, utilizó el mismo término de Bioética, para referirse al dialogo que tiene que establecerse entre las ciencias experimentales y las humanitarias, en una ética general en solidaridad con la biosfera.

“Solidaridad biosférica con todos los seres vivos a fin de preservar y salvar el planeta”.

Qué duda cabe, que esta propuesta se entronca con el concepto de Charles Percy Snow, de “las dos culturas”, la humanista y la científica. Potter precisaba ya entonces, que debería haber una ética dedicada a los temas de la salud.

Como sabemos, también Habermas, construyo una ética basada en el dialogo, y en el “reconocimiento de los límites de la racionalidad humana” postulando que las normas aceptables, deben ser aquellas, resultantes del dialogo, exentas de condicionamientos empíricos-históricos.

La Bioética en palabras de Javier Sádaba, es una hidra con muchas cabezas, interdisciplinar, que cuida la relación médico-paciente, bajo un prisma social, de ida y vuelta, valorando cómo influye la sociedad en el enfermo y el enfermo en la sociedad.

Para Sádaba se pueden distinguir tres niveles de Bioética, articulados entre ellos:

1. Bioética general, que se ocupa de cuestiones preliminares, como los modelos antropológicos, teorías éticas, etc.

2. Bioética especial, que se ocupa de problemas singulares, como eutanasia, aborto, fecundación, etc.
3. Bioética clínica, que discute los casos particulares que pueden darse a nivel de enfermo, donde las neurociencias juegan un papel fundamental.

Javier Sádaba utiliza el término de Bioética afirmativa para referirse a la ciencia que se ocupa de mejorar las condiciones de vida, de todas las vidas. El fin de la bioética es la buena vida que evita el sufrimiento en lo posible y para ello debe ocuparse de manera central de las ciencias empíricas que utilizan el método hipotético-deductivo, tales como la biología, la genética, la epigenética, las neurociencias, la inteligencia artificial, el transhumanismo y la salud. De eje central o centro fundamental de la bioética, cuelgan dos ramas, la Medicina y el Derecho.

Diego gracia, define la Bioética como;

“la ciencia que estudia los deberes y tiene como función fundamental promover los valores”.

En 1978, el Departamento de Salud y Bienestar de los Estados Unidos, emitió un informe conocido con el nombre de “Informe Belmon”, nombre adoptado del centro donde se realizó la reunión, cuyo encabezamiento era:

“Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”

En este informe se pusieron de manifiesto los principios fundamentales de la ética, diseñados por Tom Beauchamp, Profesor de Filosofía de la Universidad de Georgetown (Universidad de los Jesuitas de Washington) que son;

1.- Autonomía (del griego auto y nomos-ley, ley de uno mismo) es la facultad de la persona de poder obrar según su criterio, con independencia del deseo u opinión de otros. Fue Kant el primero que le dio esta acepción a la palabra autonomía, antes solo había tenido un significado político referido exclusivamente a las ciudades, en la Grecia antigua.

En el siglo XIX y XX a la palabra autonomía se le da también un sentido jurídico, considerando que una persona es autónoma, jurídicamente hablando cuando, tiene la información del hecho, tiene la capacidad vital para entender lo que se le explica y está libre de coacciones.

La autonomía ética, no es lo mismo que autonomía jurídica. Este concepto de autonomía ética se relaciona directamente con el concepto de competencia, como hemos dicho antes. Ser persona a diferencia de ser naturaleza, es ser un sujeto moral autónomo. La autonomía es sustantiva a la persona, si bien es verdad que las personas pueden realizar acciones no autónomas. Podemos considerar que una acción es autónoma cuando cumple tres condiciones;

a.- Intencionalidad en el sentido de Brentano, es decir, todas y cada una de las relaciones que la vida psíquica del individuo tiene con su mundo, tienen un fin. La intencionalidad va muy unida al concepto de esperanza y de proyectos oponiéndose al nihilismo.

Franz Brentano (1838-1917), introdujo el concepto de “intencionalidad” para los fenómenos psíquicos. Se dice que es el precursor de la fenomenología e incluso del psicoanálisis. La intencionalidad, postula que todos los fenómenos psíquicos tienen un fin. La intencionalidad, son todas y cada una de las relaciones que el individuo tiene con su mundo.

Más tarde, Merleau-Ponty, puntualizaba que el individuo es consciente del mundo a través de su cuerpo. Brentano consideraba al dolor, al odio, al amor, a la emoción, a los afectos como fenómenos psíquicos, en los que en todos hay una intencionalidad. Es decir, incluso en el dolor, entendido como sufrimiento.

b.-Conocimiento, no solo información.

c.-Y, sobre todo, el hecho de que no haya control externo. Existen diferentes maneras de controlar a una persona, que de menos control a mayor control serían; la coerción, la manipulación, la persuasión y la autenticidad. Muchos autores consideran a la autenticidad como la característica más importante de la autonomía, y que podríamos definirla como

“el control interno que la persona hace sobre sus acciones”

Cuando una persona lleva una vida determinada, pero realiza algún acto contrario a su línea conductual, por ejemplo, una persona que quiere dejar de fumar, pero no es capaz de hacerlo, etc., estaría condicionada su autenticidad por su impulsividad, de manera que la persona impulsiva no se puede considerar auténtica en su vida, al no ser autónomo. Algunos autores consideran no autónomas conductas que van contra el sistema de valores establecido de una persona, siempre que esta no lo haya rechazado expresamente. El concepto de reactancia psicológica se relaciona directamente con el de autenticidad, ya que la reactancia psicológica consiste en hacer las cosas que uno no quiere hacer, incluso lo contrario a lo que se desearía hacer. Existe un cuestionario validado al castellano por Luis de Rivera que nos mide el grado de reactancia psicológica de las personas.

2.-El segundo principio ético, del informe Belmont, está representado por la Justicia. Para Diego Gracia, la justicia, la justificación es inherente a la condición humana, ya sea medico paciente, sano, enfermo, la persona tiene que estar justificando sus actos y justificándose ante sí mismo.

3.- El tercer principio es la beneficencia, definida como la ayuda desinteresada a otras personas. Una beneficencia no paternalista es aquella que intenta ayudar a los demás siempre que ellos lo pidan o la acepten, por lo que lleva asociado siempre, el consentimiento informado del paciente. El paternalismo es una mezcla de beneficencia y poder, si bien en el paternalismo se puede no aceptar los deseos de esa persona, en el principio de beneficencia esta aceptación y deseo del paciente son *conditio sine qua non*,

4.- El principio de No Maleficencia o mala voluntad o intención hacia los demás. Nunca es lícito hacer el mal. En el Juramento Hipocrático, figura en dos ocasiones la expresión “en beneficio del enfermo”. Hemos de recordar, que Hipócrates conoció a Sócrates y puede considerarse discípulo suyo. Para Lolas, los principios de la Bioética son aplicables, tanto al profesional que intenta ayudar al enfermo como al enfermo, que no debe buscar beneficios en su enfermedad, es lo que se ha dado en llamar “Bioética de la Reciprocidad”

En 1997 organismos oficiales internacionales firmaron un acuerdo que se llamó “Carta de la Tierra”, en el que se hacía una declaración global para conseguir un mundo sostenible. Para ello se mencionaban una serie de características, encaminadas a proteger el planeta:

- Protección del medioambiente.
- Vigilancia de los derechos humanos.
- Buscar el desarrollo igualitario de las sociedades.

- Buscar la paz.

La Real Academia Española, define la bioética como;

“Es la disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos”

Debemos considerar, que en la medicina actual han aparecido otras ciencias que la condicionan de alguna manera, tales como, la teología moral, la filosofía las ciencias sociales, así como las ciencias biológicas, por lo que, siguiendo a Fernando Lolas, podríamos redefinir a la bioética, como;

“El estudio de los juicios de valor, que determinan la conducta de las personas en relación con la vida y las técnicas que la afectan”

La Bioética no son valores teóricos si no que se tienen que aplicar, por eso es preciso Deliberar sobre ellos para que fruto de esta deliberación podamos obrar en base a unas normas de ética, que tendrán, qué duda cabe, como principio básico, la Prudencia. La Valoración y la Prudencia, son atributos del espíritu.

En el campo de la medicina recordemos que la palabra deliberación viene del latín *deliberare*, *de*=de arriba abajo, *liberare*=pesar, es decir pesar como si se tratara de una balanza, pesar los diferentes datos o hechos que tenemos, considerando los síntomas que presenta el enfermo sus valores intrínsecos e instrumentales y nuestro deber hacia el paciente que será la respuesta a la pregunta, ¿Qué debo hacer? y después de la deliberación debemos obrar con Prudencia (del latín *pro*=hacia, delante *videre*=ver, *entia*=cualidad de un agente)

La deliberación, se basa en nuestra memoria de trabajo, en nuestro lenguaje y también en nuestra capacidad de razonamiento. A este proceso se le conoce con el nombre de “deliberación Interna”.

La deliberación tiene tres fases

- 1.- Examen de los hechos, identificando el problema moral.
- 2.- Valores en juego. Hemos visto que en sociedades heterogéneas, los valores son diferentes para las diferentes personas. Hay una pluralidad de valores, por lo que en el proceso de deliberación se deben tener en cuenta esta diversidad de valores.
- 3.- ¿Qué debo hacer? Examinando los valores que entran en competencia, tomar una decisión. Diego Gracia dice que el Hombre es un ser deliberante.

La toma de decisiones nos separa de los animales. El ser humano se mueve en el futuro. La decisión, tras un proceso de deliberación es una característica del ser humano. Los animales viven en el presente. Nosotros estamos siempre en el futuro. Por eso el tiempo para Bergson es ese instante en el que se unen el pasado el presente que vivimos y el futuro.

Lo que domina el paisaje mental cuando nos enfrentamos a una decisión es el conocimiento de la situación sobre la que tenemos que decidir. Imágenes de las múltiples opciones con múltiples resultados son activadas. Es una creación continua de combinaciones mezcladas con el conocimiento previo. J. P. Changeux del Instituto Pasteur de París, ha propuesto el término de neuronas “*Generadoras de Diversidad*”, para las estructuras prefrontales que realizan esta función que requiere un enorme almacén. Por un lado, están las emociones que sentimos en

ocasiones pasadas cuando hicimos aquello, por otro lado, la valoración de las ventajas y los inconvenientes, decir, la valoración emocional de la situación y por otro la racionalidad.

Kreschmer (1888-1964) denominó en 1945 Hipobulia al paciente que no tiene capacidad de tomar decisiones y su conducta se basa más en impulsos que en decisiones. Es como una enfermedad de la voluntad.

Ernest Billod utilizó el termino de Abulia por primera vez en 1847 para referirse a los pacientes que mentalmente realizarían alguna acción, pero sin embargo se ven incapaces de hacerlo por falta de fuerzas.

Creó así mismo, la expresión “Enfermedades de la Voluntad” para referirse la Psicastenia de P. Janet, a la abulia y la procrastinación, con el “*Taediun Vitae*”, como característica añadida, todas ellas enfermedades muy presentes en los pacientes con un síndrome de sensibilización Central. La procrastinación en España está muy representada en la obra del romántico Mariano José de Larra (1808-1837), con el “*Vuelva usted mañana*”, donde acusa a los españoles de la época, de perezosos.

Para Schopenhauer, la vida es deseo, de ser, de tener, de aparentar, y dice Josefa Ros Velasco, que cuando no hay ningún deseo aparece el aburrimiento.

Fernando Pessoa, define el aburrimiento como

“La grave enfermedad de sentir que no vale la pena hacer nada”

Siguiendo con Josefa Ros, el aburrimiento es un síntoma, solo es una enfermedad cuando se hace crónico (en ingles, Chonic

Boredon). Es *l'ennui de vivre*, en el que ya nada parece merecer la pena.

En el siglo I antes de Cristo, Lucrecio (Titus Lucretius Carus, 50 años a.C.) y anteriormente en el siglo IV a. C. Epicuro de Samos (341 antes de Cristo) fundador del epicureísmo, introdujeron conceptos como el *Taedium Vitae*. Posteriormente Séneca, ya en el siglo primero después de Cristo, traducirá el *Taedium Vitae*, como “siempre lo mismo” y San Agustín (siglo IV) adoptará el termino del Tedio de la existencia.

En 2012, la dra Adrienne Eastwood de Ontario, Canada, definió el aburrimiento como;

“un estado de aversión que ocurre cuando no somos capaces de comprometernos satisfactoriamente con la información interna (pensamientos, sentimientos) o la información externa, requerida para tomar parte en una actividad satisfactoria”

Estudios recientes muestran que;

- 1.- los hombres y los jóvenes son mas propensos al aburrimiento que las mujeres
- 2.- las personas mayores se aburren menos
- 3.- la irascibilidad, como ya dijera G. Sand, se relaciona con el aburrimiento, así como la hostilidad.
- 4.- Los procrastinadores se aburren mas.
- 5.- Los síntomas funcionales son mas frecuentes en las personas que se aburren mas
- 6.- El aburrimiento se asocia con falta de concentración.
- 7.- para los psicoanalistas, el aburrimiento se asocia con falta de deseo.

- 8.- los procesos relacionados con el aburrimiento, se relacionan con la insula.
- 9.- Diana Compolongo en 2015 llamo la atención del hecho de empezar a medicar personas cuyo síntoma era el aburrimiento, lo mismo que se estaba haciendo con la motivación, el fracaso escolar, la desatención, la hiperactividad, etc.
- 10.- Quizás el concepto de aburrimiento, no está muy lejos del concepto de nihilismo. Como tampoco los conceptos de ilusión, esperanza, deseo no son muy diferentes desde el punto de vista psicofisiológico.

Para Aristóteles existen dos tipos de razonamiento;

- A.- Analítico o Apodictico, cuya verdad es indiscutible, como el teorema de Pitágoras.
- B.- Dialéctico, que Aristóteles lo llamó “Deliberación”, que tiene como resultado la toma de decisiones prudentes, que no son necesariamente ciertas y verdaderas. Es el razonar dialéctico, que trae como resultado la Prudencia.

En el proceso de deliberación intervienen experiencias pasadas que han producido un aprendizaje mediante prueba y error. Obviamente delante de nuevas situaciones, lo aprendido no tiene en experiencias pasadas no interviene, entonces se denomina, deliberación cognitiva, en la que en el proceso de deliberación, se representan mentalmente los posibles resultados futuros.

Cuando en el proceso de deliberación, intervienen experiencias pasadas, los procesos cognitivos que intervienen se denominan “Memoria de Trabajo”, descrito por Alan Baddeley;

“almacenamiento transitorio de representaciones relevantes para tareas que se han de usar en el trabajo mental”

Para concluir, podemos decir, que en el proceso de deliberación interviene

1- La memoria de trabajo que mantiene representaciones temporales integrando diversos tipos de representaciones. Tiene una capacidad limitada, en función de la calidad y no de la cantidad de representaciones almacenadas.

La memoria de trabajo tiene como cuartel general a corteza prefrontal, donde reside la cognición deliberativa.

Los grupos de información almacenada se denominan esquemas (termino creado por Frederic Bartlett)

Los estereotipos de edad, raza, genero, etnia son esquemas que influyen en como interactuamos con gente de distintos orígenes. A los esquemas se les ha llamado los ladrillos que sustentan la cognición

2- Funciones de control ejecutivo., que se ocupan de recuperar recuerdos, orquestan la información sensorial, con lo cual se realizan las funciones de, Pensar, razonar, planificar y decidir. Obviamente estas acciones son prospectivas, realizan predicciones y son usadas para alcanzar objetivos.

3- El lenguaje está muy relacionado con el proceso deliberativo. Denominamos lenguaje a;

“La capacidad de usar sonidos de manera flexible o símbolos visuales para de forma espontánea indicar cosas sobre el presente el pasado o el futuro”

según nos dice Joseph Le Doux, solo los seres humanos pueden recurrir a la sintaxis para transmitir a otro humano cuando y

donde un tipo de depredador fue visto. La definición hace alusión también a “símbolos visuales” es decir no solo al lenguaje verbal.

En la mente humana conviven, en general con buena tolerancia mutua, dos conceptos. La deliberación con razonamiento y la intuición. Hablaremos de ella a continuación.

Daniel Kahneman, psicólogo de formación publicó en 1979 un trabajo con el título de “Teoría de las perspectivas”, según la cual, los individuos toman decisiones en situaciones de incertidumbre, que se apartan de los principios básicos de probabilidades, lo que él denominó “atajos heurísticos”. En su último libro “Pensar rápido, pensar despacio” relaciona los dos conceptos de intuición y deliberación, llegando a decir que;

“nuestras intuiciones son deficientes y están llenas de sesgos”.

La cognición depende en gran parte de la corteza cerebral, lo que llamamos neocórtex, que tradicionalmente esta dividido en occipital, temporal parietal frontal.

Los recuerdos se almacenan en el lóbulo temporal, que no es solo el neocórtex temporal si no regiones más mediales; hipocampo, región piririnal, parahipocampal, y la entorrinal. Estas áreas intervienen en la memoria semántica (reconocimiento de objetos) y a la memoria episódica (que es la base del recuerdo de sucesos episodios de nuestras vidas)

Pero el lóbulo temporal medial no solo se ocupa de la memoria si no también en la percepción, por lo que al lóbulo temporal se le considera integrador del área de percepción y memoria.

Los recuerdos semánticos además de en el lóbulo temporal se almacenan en parte del lóbulo parietal, y en ciertas áreas del lenguaje para guardar etiquetas semánticas, palabras, para objetos y conceptos.

El lóbulo temporal está íntimamente relacionado con el lóbulo occipital donde llegan las vías de la retina, en la región occipital, para el reconocimiento de objetos, para la memoria semántica, esta es la clave de la memoria semántica, ya que la percepción y la memoria, comparten circuitos.



❧ 9.- MEDICINA BASADA EN LAS PRUEBAS

David Lawrence Sackett (14) (1934-2015) fue un epidemiólogo estadounidense afincado en Ontario, que a finales de los años ochenta y principios de los noventa, inició una serie de publicaciones tendentes a criticar la falta de rigor que tenían muchos de los trabajos que se estaban publicando en las diferentes revistas médicas internacionales.

Desde 1993, Sackett presidió el prestigioso Centro Cochrane y a partir de 1994 el Centro de MBE (Medicine Based Evidence) en Oxford, donde trabajó hasta su jubilación en 1999.

En 1994 publicó el libro “Epidemiología Clínica”, donde proponía una serie de normas y guías, encaminadas a mejorar la metodología de las publicaciones, criticando la experiencia como modelo de conducta terapéutica y apostando por el valor de los ensayos clínicos controlados con máximo rigor metodológico, tanto en lo que hacía referencia a los tratamientos como en los métodos de prevención de algunas enfermedades.

Posteriormente en 1995, publicó en la revista JAMA un trabajo que llevaba por título:

“Users’ guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group.”

Con el que se daba paso al nacimiento de la Medicina Basada en las Pruebas.

Algo que no se ha tenido en cuenta en la aportación de Sackett es que en su libro Epidemiología Clínica dice:

“nosotros no debemos olvidar nunca, que los datos que recogemos en la sala de exploración y en la cabecera del enfermo, son mucho más útiles, que las pruebas complementarias que solicitamos”

destacando el mismo autor, el hecho, aparentemente contradictorio, de la presencia de “*desacuerdo clínico*” referido tanto a dos clínicos diferentes ante un mismo paciente, como a un mismo observador en dos momentos diferentes.

Pero Sackett, sorprendentemente en otro momento de su libro, también dice:

“las observaciones en la cabecera del enfermo no son las únicas que están sujetas a desacuerdos clínicos, ya que las interpretaciones de las pruebas diagnósticas están también sujetas a este desacuerdo, siempre que éstas se basen en interpretaciones de los seres humanos, como es el caso de los rayos X, ECG, EMG, etc.”.

Esta medicina, basada en las pruebas, es, qué duda cabe, una parte, una visión reduccionista de la enfermedad, es “*la Medicina Rotuladora de Lolos*”, por la que se conoce a través de medios confiables, ciertos datos, que nos permiten llegar a certidumbres e incluso predicciones.

La Medicina Basada en las pruebas es heredera del método anatomo-clínico de Bichat, pero sobre todo de Pasteur quien,

en 1864, en la Sorbona, había demostrado que detrás de toda enfermedad y de todo síntoma o signo, hay una causa que hay que buscar y que tratar.

La Medicina Basada en las pruebas de Sackett podría equipararse al Informe de Abraham Flexner, de 1910, quien produjo una revolución en la medicina de la época en Estados Unidos, mientras Europa tomaba una actitud más antropológica, con el nacimiento de la Bioética en 1926 y la Antropología médica en 1927.

Abraham Flexner (1866-1959) estuvo encargado por la Fundación Carnegie, para estudiar 155 colegios universidades de Estados Unidos y Canadá. En 1910, publicó su informe definitivo, que dio lugar al cierre de muchas Escuelas de Medicina alternativa, como de Quiropraxia, Osteopatía, Homeopatía, etc. instaurándose un modelo hegemónico reduccionista. Entre sus críticas al sistema podemos destacar su posición en contra de las clases magistrales, que permiten agrupar alumnos y deja tiempo al profesor para la investigación, por lo que culpaba a la investigación de quitar tiempo a la enseñanza.

Muchos autores en Estados Unidos utilizaron la expresión “crisis”, para describir el cambio de ordenación de las ciencias y las técnicas. En aquella época, los médicos de Heidelberg fueron muy críticos con este planteamiento, al que acusaban de unilateralidad por tener una visión reduccionista de la medicina científico-natural,

Continuando con la medicina basada en las pruebas, los ensayos clínicos aleatorizados eran considerados la prueba más fiable de obtener una “evidencia científica”, si bien, Joan Ramón Laporte, en Barcelona, considera que los Ensayos Clínicos en general y los aleatorizados en particular, no cumplen con los requisitos mínimos para poderse fiar de un fármaco cuando

aparece en el mercado. Así, por ejemplo, en opinión de Laporte, los ensayos clínicos;

- Suelen tener una muestra reducida.
- Los ensayos duran alrededor de cuatro meses, mientras que muchos tratamientos son de larga duración.
- Excluyen grupos de riesgo, cuando en la práctica clínica diaria, estos grupos no son excluidos.
- Una vez que el fármaco está en el mercado, se receta en patologías que no han sido evaluadas en los ensayos clínicos.
- Como en los ensayos clínicos, el paciente que toma la medicación suele estar sin otros tratamientos, las interacciones entre fármacos están excluidas del estudio.
- En los estudios las dosis son diferentes a las prescritas en la clínica diaria.
- En la práctica diaria no se realiza el seguimiento que se ha hecho durante el ensayo clínico, con lo cual no se controlan sus perjuicios.

De hecho, alrededor de un tercio de la población de más de 70 años, tiene polifarmacia, es decir, toma cinco fármacos o más al día, lo que recibe el nombre de polifarmacia. Se incluyen los fármacos de venta libre.

Es verdad, que la sociedad actual dispone de una capacidad de almacenar información como no la ha tenido nunca a lo largo de la historia. Todos los datos que recibimos están archivados en una carpeta “ad hoc” de nuestro ordenador. Es la era del “Datismo” como la define, Fernández-Cruz Pérez, ya que toda la información está al alcance de nuestra mano, con lo cual, todo podría resumirse a algoritmos, que nos dan la respuesta a nuestras dudas, diagnosticas o terapéuticas. Pero la Medicina es algo más que una serie de datos y algoritmos.

El tema es que todos estos datos estadísticos están basados en cuestionarios y estudios, en base a la medicina basada en las pruebas de Sackett, pero en el siglo XXI están surgiendo numerosas críticas.

Por ejemplo, aun hoy, nadie ha podido demostrar algo tan simple como que impacto sobre la salud de la población ha representado hacer este tipo de medicina dogmática, es decir, no sabemos si realmente esta medicina basada en las pruebas es eficaz o no.

En esta misma línea Valentín Amrhein profesor en la Universidad de Basilea y sobre todo Sander Greenland, (1) conferenciante invitado de Epidemiología en diferentes universidades como Harvard, Stanford y asesor de la OMS en materia de epidemiología, junto con otros muchos epidemiólogos de todo el mundo, han criticado severamente el concepto de “*Significación estadística*”, del que dicen que tiene un “*engañoso tinte científico*”, pero que por el contrario, a día de hoy es imprescindible y frecuente en las publicaciones científicas. En la prueba de hipótesis estadística, un resultado tiene “significación estadística”, cuando es muy poco probable que haya ocurrido dada la hipótesis nula. Sin embargo, se le da poco valor, al tipo de diseño del estudio, la calidad de los datos obtenidos, los mecanismos subyacentes. También Greenland, critica el mal uso de los “p-valores”, lo mismo que la asociación Estadounidense de Estadística”

En 2016, la Asociación Americana de Estadística, pidió que se abandonara el concepto de significación estadística.



❧ 10.- SÍNDROME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL Y ALGOLOGÍA ANTROPO-LÓGICA

Clásicamente se ha dividido el dolor, desde un punto de vista cronológico, en agudo, o crónico. Actualmente esta división, se ha visto matizada, por cuanto además del punto de vista cronológico, aparece el etiopatogénico.

Así dividimos el dolor en;

- 1.- Dolor agudo. Es aquel que aparece por alguna lesión o daño repentino.
2. -Dolor Permanente, aquel dolor agudo que se alarga en el tiempo. Existe una lesión o un Daño que lo justifica. Se llaman también dolores crónicos primarios. Ejemplo de este tipo de dolor, sería el que sufren los pacientes con Artritis Reumatoide, por ejemplo.
- 3- Dolor crónico, aquel que va ligado a una emoción. Los dolores crónicos más importantes, estarían representados por la Fibromialgia, el dolor de espalda inespecífico, el dolor pélvico, el dolor abdominal, torácico, etc. Se englobarían estos pacientes dentro de síntomas dolorosos-inexplicables, síntomas medicamente inexplicables. Es el dolor denominado dolor nociplástico del que hablaremos a continuación. Este dolor quedaría memorizado en la memoria implícita, inconsciente y son dolores crónicos secundarios.

En los pacientes que presentan síntomas considerados médicamente inexplicables, como por ejemplo intestino irritable, acufenos, vértigos, fibromialgia, etc. no es posible evidenciar ninguna alteración orgánica, a pesar del número de pruebas, a veces muy elevado, que se realizan con el coste enorme que esto representa. También es verdad y en ocasiones ocurre que se produce la magnificación de algún hallazgo banal que aparece en alguna prueba, atribuyéndole una capacidad patógena desproporcionada.

Entre los síntomas médicamente inexplicables destacaríamos, por su frecuencia el dolor musculoesquelético del que ya nos hablaba P. Briquet (5) en 1859 en su libro sobre la histeria, de hecho, diferentes autores, consideran al dolor, la modalidad sensorial más mencionada en el contexto de los Síntomas Médicamente Inexplicables y del Síndrome de Sensibilización Central.

Pero no es solo el dolor el síntoma que se relaciona con los síntomas medicamente inexplicables, ya que otros síntomas, como por ejemplo el síndrome de intestino irritable, la fatiga crónica, etc. también resultan difíciles de explicar en la mayoría de las ocasiones.

Los primeros conceptos de sensibilización central datan de 1983, cuando Clifford Woolf, (33) atribuyó al asta dorsal de la médula en las áreas 1 y 2 de Rexed, una hiperexcitabilidad remarcable, que se traduciría clínicamente como fenómenos de alodinia e hiperalgesia. Un estímulo repetido a nivel periférico mediado por las fibras C, o una inactivación del centro inhibitorio difuso nociceptivo o sistema endógeno de modulación del dolor, produce que el glutamato, neurotransmisor de las fibras C, desbloquee los receptores NMDA de la segunda neurona, al quitar al ion magnesio que les servía de bloqueo y se produzca la amplificación del estímulo a nivel de esta segunda neurona.

Esta situación se perpetua, ya que el glutamato además de desbloquear los receptores NMDA, aumenta la movilidad de la microglía de Río Hortega, con producción de ácido láctico que favorece la neuroplasticidad neuronal, lo que obviamente condiciona el mantenimiento del estímulo de las segundas neuronas del área de Rexed, que habían producido las fibras C.

En el mantenimiento de la sensibilización periférica y central intervine de manera decisiva la presencia de una emoción relacionada con la estimulación periférica.

Es decir, en el síndrome de Sensibilización Central, intervienen diversos factores, como son;

Una Sensibilización periférica, con una disminución del umbral del dolor y una amplificación de la respuesta de los receptores.

Los Premios Nobel del año 2021, David Julius y Ardem Patapoutian, describieron dos tipos de receptores, los del calor y frío y los del tacto o mecánicos, respectivamente. Los del calor recibieron el nombre de TRPV1 y los del frío, TRPM8. Los receptores de la presión externa se les denomina Piezol y los de la presión o percepción de los órganos internos Piezol 2.

Ambos tipos de receptores delante de un proceso inflamatorio local se ven afectados y estimulados generando señales de dolor y de sensibilización periférica.

La mayoría de las fibras aferentes nociceptivas son de tipos, A delta de pequeño tamaño y recubiertas de mielina, y fibras C, amielínicas Ambas con umbral de estimulación alto, es decir, no se excitan por estímulos mecánicos. El dolor somático, está mediado por fibras C, mayoritariamente.

Estas fibras C, son muy sensibles a estímulos químicos y como consecuencia de una inflamación o isquemia local actúan liberando en el tejido inflamado, la sustancia P y otras sustancias como histamina, prostaglandinas, etc, que determinan la inflamación neurógena.

Esta inflamación neurógena, es la clave de la sensibilización periférica, que amplifica en fenómeno nociceptivo, llegando al asta dorsal favoreciendo el desbloqueo por parte del glutamato de los receptores NMDA.

Como hemos dicho la Glía se activa a nivel del asta dorsal, de la manera siguiente

1.- La Microglía de Rio Hortega realiza la fagocitosis de detritus celulares y eliminación de antígenos. La microglía actúa como macrófagos residentes en el cerebro que reparan daños y mantienen la homeostasis, con una alta movilidad y si no está activada, se dice que está en un “descanso vigilante”. Esta movilidad de la microglía aumenta en presencia del neurotransmisor Glutamato y disminuye en presencia del neurotransmisor GABA lo que viene a demostrar que existe una sintonía entre las neuronas y la glía.

Múltiples trabajos relacionan el estrés con el aumento de actividad de la microglía, en las regiones de córtex prefrontal, la amígdala, y el hipocampo

2.- La Microglía que cuenta con

a.- Los oligodendrocitos que se envuelven en los axones de las neuronas favoreciendo la velocidad de conducción del impulso.

- b.- Los astrocitos interviniendo en la transmisión sináptica y en los fenómenos de plasticidad neuronal gracias a la producción de ácido láctico. Benjamín Fernández Ruiz, trabajó en el Astrocito del hipotálamo, siguiendo la tradición de Nicolas Achucarro y de Rio Hortega, siendo pionero en los años ochenta en buscar la función de la glía, cuando en aquella época se pensaba que era solo una función de sostén de la neurona.

Las células gliales en general, intervienen en la formación de la mielina de la neurona. Serge Marchand les atribuye un importante papel en la cronificación del dolor, pues no olvidemos que para la memoria a largo plazo es necesaria la síntesis de nuevas proteínas, con formación de nuevas conexiones neuronales, precisándose para toda esta actividad del combustible fundamental que es el ácido láctico, cuya síntesis se realiza precisamente en el Astrocito.

En el año 2006, Yunus (35) profundizó en el síndrome de sensibilización central, observando la implicación del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal y del sistema nervioso autónomo. Todas estas activaciones, relacionadas con la presencia de factores estresantes biopsicosociales,

Además, observó la alteración en el CIDN (centro inhibitorio difuso nociceptivo), mediada por los neurotransmisores, serotoninérgicos y noradrenérgicos. Como sabemos este Centro de inhibición difuso Nociceptivo o Sistema endógenos de modulación del dolor, nace en la sustancia gris periacueductal, y esta modulada su acción por el tálamo, hipotálamo, y sistema límbico. Es muy importante resaltar el hecho de que, en el síndrome de sensibilización central, no solo está afectado la sensibilización periférica si no también el Sistema endógeno de modulación del dolor.

En ese mismo año, Yunus precisaba que:

“En el síndrome de sensibilización Central es Fundamental considerar, el modelo biopsicosocial, la desregulación del sistema inmunitario, la alteración del eje hipotálamo hipofiso adrenal, y el sistema nervioso autónomo”

Como podemos observar, todo este proceso, es bien diferente del que Helen Mayberg de la Universidad de Emory, en 2009 había denominado *“el circuito neural de la depresión”* al observar que en los pacientes con depresión mayor, gran hiperactividad tanto en el área cortical 25, o corteza cingulada subcallosa, (en esta región confluyen, el pensamiento, el control motor y también los impulsos) como en la ínsula anterior derecha, (donde reside la conciencia de sí mismo y la experiencia social) así como en una extensa red neuronal que conecta la ínsula con el hipotálamo, la amígdala, el hipocampo y el córtex prefrontal. Observó así mismo, que la amígdala es más grande en pacientes depresivos (lo que según la autora justifica que los pacientes con depresión sufran de desesperanza, tristeza y angustia), que el hipocampo tiene reducido su tamaño y que el hipotálamo tiene un desarrollo defectuoso, lo que explicaría, según Helen Mayberg, la pérdida de apetito y de libido que presentan los pacientes depresivos.

Continuando con el SSC, en el año 2018, la IASP (15) definió la S.C. como

“Un aumento de la capacidad de respuesta de las neuronas nociceptivas en el sistema nervioso central a su entrada aferente, ante un estímulo normal o por debajo del umbral.”

En el 2011 también, C. Woolf (34) insistía en el hecho de que

“nos queda por saber que desencadena y sostiene el fenómeno de la susceptibilidad central, y por qué en algunos individuos se perpetua”

En esta misma línea, fueron los trabajos de Roussel y Nijs, (31) en el 2013.

Como vemos la causa fundamental para que aparezca un síndrome de sensibilización central, son los factores biopsicosociales, veamos ahora la relación de manifestaciones clínicas de dicho síndrome con especial mención al dolor crónico, puesto de manifiesto por Neblett en 2013 (28), así como con otros síndromes medicamente inexplicables, como mostró Carine Den (7) en 2018.

Fibromialgia

Síndrome de intestino irritable

Síndrome de fatiga crónica.

Dispepsia

Acidez estomacal.

Vejiga hiperactiva.

Sensibilidad química múltiple.

Dolor crónico general.

Artrosis

Trastornos de la ATM

Dolor de cabeza diario crónico.

Dolor pélvico crónico.

Vulvodinia

Prostatitis crónica.

Latigazo cervical.

Dolor lumbar crónico.

Dolor pélvico.

Dolor Miofascial del trapecio.

Endometriosis.

Cistitis

Neuralgia Facial.

La Haute Autorité de Santé Française, en el 2008 publicó un artículo sobre dolor crónico, en el que terminaba diciendo:

“Le traitement de la douleur chronique repose sur le modèle biopsychosocial; il ne s’agit pas seulement de réduire l’intensité de la douleur, mais aussi d’améliorer l’état fonctionnel physique, psychologique, social et professionnel et la qualité de vie du patient douloureux”

En el año, 2016, Eva Kosek, (18) del Instituto Karolinska de Estocolmo, con un grupo internacional de expertos, definieron un nuevo y revolucionario concepto de dolor al que le dieron el nombre de dolor Nociplástico, definido como:

“Es el dolor que surge de una nocicepción alterada, a pesar de que no hay evidencia clara de daño tisular, real o amenaza de este, que cause la activación de nociceptores periféricos ni tampoco del sistema somatosensorial que cause el dolor”.

El concepto de “nocicepción alterada, sin activación de los nociceptores” se corresponde con la sensibilización periférica de Julius-Patapoutian, puesto que no son los nociceptores los que están alterados, si no lo “receptores de calor, frío y mecánicos (Sensores TRP-PIEZOL).

Además, el dolor nociplástico es un dolor relacionado con la emoción. No es un dolor permanente porque no hay daño o

lesión, es un dolor crónico, con memorización inconsciente e implícita.

En abril del 2019, se publicó el CIE-11, dedicando un apartado al “Dolor Crónico” (MG-30), que viene a sustituir al CIE-10, vigente desde 1990, realizando algunas subdivisiones. Por ejemplo, establece estas diferencias:

- Dolor crónico primario.
- Dolor crónico por cáncer.
- Dolor crónico postquirúrgico o traumático.
- Dolor musculoesquelético secundario.
- Dolor neuropático
- Dolor visceral.

Dentro del primer apartado, el “Dolor Crónico Primario”, subdivide a su vez en:

- a) Dolor visceral primario crónico.
- b) Dolor musculoesquelético primario crónico.
- c) Cefalea crónica.
- d) Dolor regional complejo.
- e) “Dolor generalizado crónico” donde el CIE-11, incluye la Fibromialgia, y la define dentro del DGC, como:

“Dolor generalizado difuso, que afecta a cuatro o cinco regiones del cuerpo, se asocia con malestar emocional (ansiedad, ira, frustración), que hace que el paciente disminuya su relación social, al poder producir incapacidad funcional. Es un dolor multifactorial, ya que intervienen en su génesis, factores biológicos, psicológicos y sociales. El diagnóstico es apropiado cuando el dolor no se puede atribuir a un proceso

nocisensible en estas regiones y cuando a características de dolor nociplástico, y se identifican factores contribuyentes, psicológicos y sociales”.

Como vemos en esta definición aparece, el concepto de dolor “Nociplástico” de E. Kosek, es decir, no hay lesión/daño, hay componente emocional (a través de factores biopsicosociales) y hay memorización implícita inconsciente.

En 2016, Anne Estrup Olesen (30), del Hospital Universitario de Aalborg, Departamento de Medicina Interna, Dinamarca, relaciona el dolor crónico visceral también con un dolor nociplástico. Posteriormente, 2020, Alexandra Labansky del Hospital Universitario de Essen en Alemania (20) puso de manifiesto la relación entre el estrés y las enfermedades funcionales e inflamatorias digestivas.

En el 2020, teniendo la IASP de presidenta, a Claudia Summer, neuróloga alemana, definieron el dolor como:

“El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la que aparece con daño tisular real o potencial”

Y añade que deben tenerse en cuenta, dice la IASP, las siguientes notas aclaratorias;

- 1.-El dolor es una experiencia personal influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales.*
- 2.-El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede ser inferido por la actividad de las neuronas sensoriales.*
- 3.-Las personas aprenden el concepto de dolor, a través de las experiencias de la vida.*

- 4.-*Si una persona experimenta dolor, debe ser respetada.*
- 5.-*Aunque el dolor suele cumplir una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la funcionalidad y el bienestar social y psicológico.*
- 6.-*La imposibilidad de comunicarse verbalmente no niega la posibilidad de que un humano o un animal experimente dolor.*

Como vemos el punto quinto, habla de los efectos adversos del dolor, no solo sobre la funcionalidad sino también sobre el bienestar psicológico y social de la persona, lo que lo relaciona directamente con la definición de Cassel sobre el sufrimiento.

Para qué en un paciente con dolor crónico, aparezca el sufrimiento, este dolor debe tener algunas características, como por ejemplo, según Cassel:

- 1.- Que sea insoportable.
- 2.- Que no se pueda controlar en el tiempo y no se prevea que pueda mejorar.
- 3.- Que sea secundario a alguna enfermedad grave.
- 4.- Que se desconozca su origen y en consecuencia no se pueda actuar.
- 5.- Que sea crónico, como hablaban Melzack en su valoración dimensional del dolor crónico.
- 6.- Cuando los médicos no dan valor al dolor que el paciente manifiesta con las dicotomías asociadas entre objetivo y subjetivo. Es lo que Laín definiera como “sentirse enfermo”, donde los médicos no encuentran justificación a las molestias que expresa el paciente. Quizás algunos pacientes no se sienten bien comprendidos de sus dolencias y podrían pensar, que como dijera Arsuaga con la tribu de Tanzania, se quedan atrás.

- 7.- Cuando el paciente no puede hablar de su dolor crónico con otras personas, lo que Fordyce denominaba en 1975 “conducta de dolor” referido a que el paciente expresa de manera verbal y a través de gestos sus dolores.
- 8.- “Rol de enfermo de Parsons” descrito en 1951 como un “intercambio social”, condicionando el dolor por el entorno social, laboral, legal, social, etc.

En estas ocho condiciones para que el dolor se asocie con sufrimiento, y podemos observar que hay dos factores comunes;

- La Temporalidad entendida como amenaza o temor o percepción de futuros eventos. El concepto de amenaza se relaciona directamente con la longitud telomérica.
- La desintegración, pérdida de la integridad de la persona.

La definición actual de dolor de la IASP del 2020, la definición de Dolor generalizado Crónico dentro del cual incluye a la fibromialgia, del CIE-11 del 2019, la definición de Erik Cassel de 1982 del sufrimiento en la que aparecen los conceptos de amenaza y de pérdida de la integridad física y el concepto de sensibilización central de Yunus, todos estos conceptos, que son absolutamente actuales, todos ellos, ponen de manifiesto la necesidad de una nueva epistemología de la medicina, de una nueva visión del enfermo donde intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, y bioéticos, por lo que no podemos seguir considerando a la Antropología una “cultura de adorno” como dijera Rof que era para muchos profesionales, sino que es una obligación de los profesionales y una necesidad imperiosa para poder diagnosticar y tratar debidamente a nuestros enfermos. Migratología, impactos emocionales, factores biopsicosociales, circunstancias de Ortega, son algo más que recetar un antidepresivo o colocar una prótesis, es una visión antropológica de la vida, una visión pragmática del paciente.

Es evidente, por todo lo expuesto hasta ahora, que en temas de dolor crónico ha habido una revolución en los últimos años. No podemos seguir hablando y tratando a nuestros pacientes como lo hacíamos hace solo diez años.

Por todo lo comentado, el dolor crónico, debe ser entendido desde un punto de vista más global, unificando las distintas perspectivas, considerando la fisiología, la hermenéutica, la ética, junto a factores ambientales, sociales, genéticos y ontológicos o existenciales. Es necesario crear un nuevo discurso disciplinar que aúne esta visión nueva del dolor crónico, es la “Algología Antropológica” de Fernando Lolas (22).



❖ 11.- LAS NEUROCIENCIAS Y SU APLICACIÓN A LA CLÍNICA DIARIA.

Difícilmente se puede ejercer bien la medicina hoy en día, sin tener unos conocimientos importantes de psicofisiología y neurociencias.

Johannes Müller (1801-1853), profesor de Anatomía Comparada y fisiología de la Universidad de Berlín, en 1830 se expresaba así, para relacionar cualquier saber medico con la fisiología.

“Nemo Psychologus nisi Physiologus”

Es decir, no podemos saber bien nada de psicología sin conocer la fisiología, o como diríamos actualmente, psicofisiología o neurociencias.

Cuarenta años más tarde, en 1879 en Leipzig nació la Psicología Fisiológica o Experimental, de la mano de Wilhelm Wundt (1832-1920) buscando poder objetivar los procesos psicológicos mediante la utilización de aparatos que permitieran medir determinadas situaciones.

En 1880 Wundt publica su segundo libro, en el que menciona un aparato ideado por él que denomina *“pendule a complication”*, con el que quería demostrar

“la existencia de limites cognitivos en el manejo de la información”.

Es decir, el cambio de la atención de una fuente de estimulación a otra precisa de un tiempo, el sujeto no puede prestar atención a la vez a dos estímulos sensoriales diferentes en un mismo instante. Es el primer instrumento inventado por un psicólogo para estudiar el funcionamiento psicológico de la mente humana. En el Musée d'Histoire de la Médecine de París puede verse el péndulo de Wundt.

Es decir, para poder entender los procesos mentales que ocurren en nuestro cerebro, debemos procurar tener una profunda formación en psicofisiología.

En los años setenta, en Moscú, Alexei Olovnikov de la Academia Rusa de Ciencias, observó que los cromosomas no se replicaban completamente ya que había una parte al final del cromosoma, en los extremos, que no se podía codificar o replicar. A esta zona del cromosoma, se le llamó Telómero y se observó que está constituido por la siguiente codificación de las bases, Tiamina, Tiamina, Adenina, Guanina, Guanina, Guanina.

“Los telómeros se van acortando por diferentes causas y con cada división celular, contribuyendo a determinar a qué velocidad envejecen las células, y cuando mueren”

Los telómeros, serían como los herretes que llevan algunos cordones de zapatos en los extremos, para evitar que se deshilachen. Son los herretes del envejecimiento. La parte que se daña durante el estrés oxidativo es la de las tres bases de guanina.

La criatura unicelular de nombre Tetrahymena, es un organismo que vive en charcas, nada por agua dulce en busca de alimento y pareja. Dentro de esta célula hay un núcleo en el cual hay 20.000 cromosomas, todos iguales. Elisabeth Blackburn (4) a finales del siglo XX y principios del siglo XXI observó que

estos telómeros eran diferentes en longitud de un cromosoma a otro y que, además,

- se hallaban fuera de los cromosomas que contienen los genes.
- protegían al cromosoma en su división celular, funciona como un parachoques.
- con cada división del ADN, el que compone los genes, los telómeros pierden pares de bases de los extremos que hay a cada lado del cromosoma.
- Los telómeros tienden a acortarse a medida que nos vamos haciendo mayores. Este acortamiento comienza a los 20 años, y a los 75 años llega a su punto más bajo (recordemos los habitantes de la tribu de Tanzania cuya longevidad está en algo más de 70 años). A partir de los 75 años ya los telómeros no se acortan más incluso a veces parece que aumentan.

Las investigaciones de Elisabeth Blackburn continuaron y observaron que misteriosamente, en algunas ocasiones, los telómeros crecían. En 1983 se incorporó al laboratorio de Liz, la estudiante de doctorado Carol Greider, quién en 1984, identificó un enzima, la Telomerasa, observando que los telómeros eran capaces de añadir ADN, cuando atraían a aquel enzima. Es decir, la telomerasa crea nuevos telómeros reparando el ADN que se destruye durante las divisiones celulares. En el año 2009, a Elisabeth Blackburn y a Carol Greider les fue concedido el Premio Nobel.

En 1961 el biólogo de la Universidad de Stanford, Leonard Hayflick descubrió que la mayoría de las células humanas son capaces de dividirse un número finito de veces. Las células más longevas se dividen una cincuenta veces, aunque la mayoría no lo hace tanto. Cuando las células ya no se dividen más se llama “límite de Hayflick”, y al estado en el que se encuentran,

“estado de senescencia”. Las células de los huesos, del intestino, del pulmón, del hígado, de la piel, del cabello, del páncreas, las que recubren el aparato cardiovascular y las del sistema inmunitario, no tienen límite de Hayflick y se renuevan durante toda la vida. Cuando tenemos demasiadas células en estado de senescencia el organismo comienza a envejecer.

El límite de Hayflick viene determinado por el acortamiento de los telómeros, de “los herretes” de nuestra molécula de ADN.

Nuestros genes determinan el tamaño de nuestros telómeros, pero el gran descubrimiento de Blackburn fue observar que podemos hacer que nuestros telómeros crezcan, y también podemos saber que les hace disminuir de tamaño. Por ejemplo, el efecto del estrés y del sufrimiento, hilo conductor a lo largo de este trabajo, afecta a la longitud telomérica. En definitiva, la epigenética, de la que hemos hablado como causa de enfermedades, tiene aquí su justificación.

Durante los años 2003 y 2004, Elisabeth Blackburn y Elissa Epel, (4) realizaron el siguiente experimento. Escogieron un grupo de madres, cada una de las cuales, cuidaba a un hijo biológico enfermo. Tomaron muestra de sangre y midieron los telómeros de los glóbulos blancos. Observaron que cuanto mayor era el estrés, más cortos eran los telómeros y más baja su concentración de telomerasa. También objetivaron, que las madres que llevaban más tiempo cuidando a sus hijos, tenían los telómeros aún más cortos.

Ahora con el paso de los años también se ha visto, que los telómeros son más cortos, cuando se ha sufrido maltrato en la infancia, en violaciones, en abusos, en casos de violencia doméstica, y en el acoso escolar protegido. Está confirmado que cuanto más tiempo dure el estrés, más cortos son los telómeros.

Hemos hablado de la palabra amenaza formando parte del sufrimiento. La amenaza es una reacción evolutiva, muy antigua, a modo de interruptor, que se activa ante determinadas situaciones.

En la respuesta de amenaza, se contraen los vasos sanguíneos, la glándula suprarrenal segrega cortisol, el nervio vago se inhibe, se acelera la frecuencia cardíaca y se incrementa la presión sanguínea. La amenaza se relaciona con el miedo y la ansiedad.

Las mismas investigadoras, observaron que las personas que se sienten amenazadas tienen los telómeros más cortos y las investigadoras piensan que

“con la amenaza entra el estrés en nuestras células”.

En consecuencia, debemos luchar contra las situaciones que nos hacen sufrir, de manera que la respuesta por sentirse amenazados, no debe ser el estrés, sino una

“respuesta de desafío”

Es decir, entusiasmarse con el reto y llenos de energía, como dicen las investigadoras

“Vamos a por ello”

La respuesta de desafío genera condiciones psicológicas y físicas óptimas. La respuesta de desafío mantiene los telómeros intactos.

“las respuestas de mi cuerpo son las lógicas, me están ayudando, son una señal de que me preocupo. No estoy contento porque me hacen cosas que me hacen sufrir, sino q a pesar de

que las cosas se pongan difíciles, mi respuesta al estrés es la óptima, ya que reconduzco mis reacciones en beneficio mío”

Con un poco de buena voluntad siempre encontraremos algo de lo que nos podamos preocupar y nos haga sufrir. El problema es la relación entre el estrés, el sufrimiento y la inmunosupresión y los telómeros. Quienes padecen estrés crónico tienen los telómeros más cortos, y esto deriva en envejecimiento prematuro de los inmunocitos.

El organismo dispone de unas células llamadas Linfocitos T, llamadas así porque se alojan en el Timo. Cuando los linfocitos T maduran abandonan el timo y circulan continuamente por nuestro torrente sanguíneo. Este linfocito, tiene un receptor, una proteína, en su superficie, denominado CD28, encargado de detectar células cancerosas o infectadas por virus o bacterias, funciona como unos prismáticos. Cuando el linfocito T elimina su objetivo detectado por la proteína CD28, lo almacena en su memoria con el fin de que, si vuelve ese enemigo, el linfocito T se multiplicara para exterminarlo rápidamente.

Con el estrés, se acortan los telómeros del linfocito T, y lo más grave, se va perdiendo el marcador CD28, imprescindible para detectar al enemigo, con lo cual la sangre se vuelve una ciudad sin vigilancia.

Pero, además, por si fuera poco, cuando la situación de los linfocitos T es de envejecimiento, liberan unas citoquinas inflamatorias, proteínas que ocasionan inflamación generalizada. Los linfocitos envejecidos, mueren muy poco a poco y en esta decadencia van circulando por toda la sangre, por todos los tejidos, liberando citoquinas inflamatorias, favoreciendo la presencia de enfermedades inflamatorias en todos los órganos, de

hecho se ha observado ya en sangre, la presencia de la Citoquina CXCL9 que aumenta con la edad y que actualmente se le considera un marcador de la inflamación sistémica, pensando que podría representar el “estado de senescencia de la persona”, a modo de reloj biológico. Es preciso detener la inflamación crónica para tener una vida sana y larga.

La genética, el estilo de vida y el envejecimiento son factores que afectan directamente a la longitud de los telómeros y a la velocidad con que se acortan. Las enfermedades ligadas al envejecimiento, como las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cáncer, la cirrosis, arterioesclerosis, las neurodegenerativas, además de otras como la obesidad, el estrés, etc están directamente relacionadas con los fenómenos inflamatorios y con la longitud de los telómeros.

En base a la longitud telomérica, y su repercusión en la clínica diaria, podemos dividir las células según el estado de senescencia en el que se encuentren en:

- Personas con senescencia precoz, aquellas personas con un envejecimiento prematuro. Serían aquellas personas adultas en las que se observa tanto un aspecto físico, como un talante emocional, que favorece el acortamiento telomérico. Es lo que Charcot hablaba en 1868, de que hay jóvenes que presentan síntomas propios del envejecimiento.
- Personas con senescencia cronológica, que serían aquellas personas en la que su edad se corresponde con su aspecto físico.
- Personas con senescencia tardía, para aquellas personas que teniendo ya una edad cronológica avanzada siguen estado en plena forma, física y emocionalmente.

Hablaremos ahora de factores que acortan los telómeros y factores que los alargan, debemos puntualizar que se ignora la re-

acción de los telómeros a diario, son más las conductas crónicas, las que tienen repercusiones;

- 1.- Los padres transmiten a sus hijos la longitud de los telómeros.
- 2.- La ansiedad acorta los telómeros. Cuanto más persista la ansiedad, más cortos se van haciendo. Cuando se supera la ansiedad, los telómeros vuelven a su longitud habitual
- 3.- Las personas aquejadas de depresión, tienen más cortos los telómeros en el hipocampo y a diferencia de la ansiedad, estos no se recuperan una vez superada la depresión, si esta dura más de diez meses.
- 4.- La luz ultravioleta de los rayos del sol, acortan los telómeros, al actuar sobre los melanocitos.
- 5.- El deterioro cognitivo se asocia con telómeros cortos y se asocia también, con hipocampo, amígdala y región parietal disminuidas de tamaño.
- 6.- Hemos de evitar de manera contundente los productos farmacéuticos que aconsejan para hacer crecer los telómeros. Una cosa es hacerlo de modo natural y otro hacer crecer los cromosomas artificialmente. Recordemos que el cáncer es una proliferación de células, sin control y hoy por hoy la industria farmacéutica no ha demostrado que exista eses control en la proliferación celular.
- 7.- Como hemos dicho, la amenaza y el estrés son extremadamente perjudiciales.
- 8.- El ejercicio físico, básico para alargar los telómeros y producir dopamina. Los deportistas que se sobreentrenan acaban teniendo los telómeros más cortos en las células musculares, que los que hacen una actividad física moderada.
- 9.- Cohesión social. Migratología, síndromes ligados a la cultura de los que hemos venido hablando, en los que la oxitocina juega un papel fundamental.

Se ha demostrado en la población afroamericana que sufre discriminación racial, la presencia de telómeros más cortos.

Las personas casadas o que viven en pareja tienen los telómeros más largos que las que no lo hacen. Especialmente se destaca este hecho en las personas de más edad.

Si cuando caminamos no miramos a las personas de nuestro entorno, las personas se sienten menos conectadas con la sociedad. La sonrisa es importante y el tocar a nuestro interlocutor, hace que se libere oxitocina, hormona segregada por la neurohipófisis a expensas del hipotálamo medial.

En la Universidad de Harvard en los años cuarenta iniciaron un estudio que se prolongó 75 años, es el llamado “Study of Adult Development”, liderado por George Vaillant. En el 2015, el director en ese momento Robert Waldinger, publicó los resultados;

Se estudiaron más de 700 varones, desde su infancia, con controles cada dos años, situación personal, estudios, familia, salud, etc. 250 personas de las seleccionadas, pertenecían a clases sociales altas, y 450 a clases sociales, más bien bajas. Uno de los estudiados fue J.F. Kennedy. Los resultados, son claros

“Lo que se relaciona con el bienestar, con la felicidad, es la cohesión social. Los que tienen una red de familia, de amigos, aman y son amados, son los que tienen más salud y viven más años”

El trabajo sigue activo, en Boston se le conoce con el nombre de “Estudio Grant”

Para Rojas Marcos, dos factores ambientales determinan la resiliencia de las personas: el grado de conexiones afectivas que

tengan y el grado de autonomía personal. Efectivamente, hablar con nuestras personas queridas, de nuestro entorno, nos ayuda a superar muchas adversidades, por lo que es bastante lógico que se relacione con la oxitocina, ya que esta hormona está vinculada con la empatía. La cohesión social adquiere ante situaciones de sufrimiento, una importancia capital. La Dra. A. F. Allaz del Hospital Cantonal de Ginebra, en comunicación personal, comentaba que les dice a sus pacientes que están pasando por alguna situación difícil, que hablen con alguna persona que quieran, amigo, cónyuge, familiar y le digan;

“Perdóname, pero durante media hora voy a explicarte algo que me hace sufrir, luego si quieres me explicas tú tus problemas, pero permíteme que yo te cuente algo que me hace sufrir”.

En 1990 Leslie Brothers de la Escuela de Medicina de UCLA, propuso la “Teoría de la Integración Social”, argumentando que para que se pueda realizar una correcta integración social de la persona, se requiere una red neuronal específica, que procese la información que llega a la persona, que provoque emociones que le permitan percibir las intenciones de la sociedad. Es una teoría basada en la teoría de la mente y como sabemos, la integración o coherencia social, se relaciona directamente con la longitud telomérica de la que hemos hablado.

Para los evolucionistas, la integración social, será la tendencia natural de la especie humana. La evolución no será física, si no social.

Brothers creó el término de Cerebro Social, para describir esa red, que incluye como podemos ver, toda la región temporal, la amígdala y las neuronas espejo de Rizzolatti;

- Córtex inferior temporal (que interviene en el reconocimiento facial).
- La Amígdala.
- El Surco temporal superior (movimiento biológico).
- Las Neuronas espejo (empatía)
- La Unión temporoparietal que intervienen en la teoría de la mente.

Un reciente trabajo de Susana Carmona del Hospital Gregorio Marañón de Madrid y de la Universidad Autónoma de Barcelona, muestra cómo se producen cambios estructurales en la mujer embarazada, en las áreas que se corresponden con las que se activan en la Teoría de la Mente, es decir aquellas que tienen un papel clave en los procesos sociales, en el Cerebro Social.

Pues bien, como dice P. Marty, ante una persona que acabamos de conocer, realizamos una evaluación inconsciente, sin que nuestro interlocutor haya dicho una palabra, a través de los movimientos de las extremidades, del cuerpo, de sus expresiones faciales, etc. Si habla, si escucha, como mira, de qué manera se dirige a nosotros con la mirada (el vocabulario de la mirada de Ortega).

Sorprende saber, que el cerebro empieza a registrar el sexo y la edad antes que la identidad de una cara, función que realiza en 60-70 milisegundos (un segundo tiene mil milisegundos). Pero 30 milisegundos más tarde, empieza a procesar la identidad de la cara, es decir, tarda 90 milisegundos en procesar la información que le trasmite la expresión facial. De tal manera que la cara es evaluada por nuestro interlocutor en el primer segundo de nuestra comunicación. La mayoría de los músculos de la cara están inervados por el VII par craneal (nervio Facial), que tiene uno de sus orígenes en la amígdala, donde residen las huellas neuronales que se han ido labrando a lo largo de nuestra vida.

Vale la pena recordar ahora los trabajos de Lavater, quién en 1775, ya hablaba de “la impregnación del alma en los rostros”, pues es la primera vez que se habla de la cara como expresión de emociones. También los trabajos de Josep Gall sobre Frenología, cuyos mayores exponentes en España, fueron el catalán Mariano Cubí y Castel. Este último, realizando un estudio frenomenológico de la cabeza de Emilio Castelar

Incluso Darwin en 1872 publicó un artículo titulado:

“La expresión de las emociones en los animales y en el hombre”.

que complementaba su teoría del origen común de las especies, libro publicado en 1859, en el que postulaba que todas las razas, ya sean orientales, occidentales, incluso invidentes, etc., expresaban de igual manera sus emociones, de alegría, tristeza... Freud hizo una aproximación al estudio de la cara de la Gioconda en 1910, dando diferentes interpretaciones a la sonrisa, como hemos comentado en la biografía de Freud.

Más recientemente, en 1999, los trabajos de P. Ekman, sobre la cara como medio de expresión emocional, venían a confirmar las teorías de Darwin, ya que postulaba que la expresión de las emociones es factor común a todos los individuos independientemente del origen que tengan.

Para Ekman, la cara expresa seis emociones básicas:

- Alegría
- Ira
- Desagrado
- Tristeza o Malestar

- Miedo.
- Sorpresa.

El mismo autor dice que a lo largo de una conversación, las expresiones faciales, solo duran entre medio segundo a dos segundos, como máximo, incluso hay micro expresiones faciales que duran menos de un cuarto de segundo.

Más recientemente, en el 2014, Raquel Jack, de Glasgow, redujo las seis emociones de Ekman para la cara, a cuatro: alegría, tristeza, ira y miedo, siendo todas las demás, dice Jack, expresiones faciales derivadas de estas primarias. Así, la sorpresa comparte expresión con el miedo y la ira con el disgusto o asco.

Además, con mucha razón, dice Ortega:

“Es inconcebible que no se haya hecho aún (1925) el “Vocabulario de la Mirada” que no se hayan clasificados, los modos de ella. La mirada recta y la de través, la mirada prensil que llega al objeto y queda en él agarrada, la mirada blanda que resbala sobre su forma sin prenderla, como una caricia. La mirada que mira, como más allá de lo que mira, y la otra corta, que parece no llegar a la superficie. La mirada indiferente, la intensa, la vaga, la voluptuosa y reflexiva, la clara, y la turbia, etc., etc....”

“Del valor expresivo anejo a la figura del cuerpo, valdría la pena estudiar la expresión del traje. Yo creo que nos es difícil hallar en la historia, una extraña correspondencia entre las épocas que se cultiva el desnudo, y aquellas en las que triunfa la puerilidad, es decir, a más corporalismo, menos vida interior, ni intelectual, ni sentimental. El hombre desnudo es antirromántico. Cuando el hombre se embriaga de alma, afectos, pasiones, se viste hasta el cuello. La palidez románti-

*ca es como un velo fisiológico que nos protege como el vestido,
en la facies”*

Dice Irvin Yalom, que el cruzar los brazos, o evitar la mirada permanentemente o la voz susurrante, muestra una dificultad en las relaciones sociales que el receptor puede interpretar de manera desigual.

A principios del siglo XX, se incorporaron a la semiótica los signos verbales, gracias a la publicación en 1916, por parte de los discípulos de Ferdinand de Saussure (1857-1913) de su libro:

“Curso de Lingüística General”.

Saussure era profesor de Lingüística en Ginebra y con la publicación póstuma de su libro, dio lugar al nacimiento del movimiento conocido como Estructuralismo Lingüístico según el cual, se establecía en el lenguaje, un “signo lingüístico” caracterizado por:

Un significante: la imagen acústica de quien nos habla.

Un significado: el concepto que nosotros tenemos del significante.

Saussure hablaba de la arbitrariedad del signo lingüístico, en el sentido de que su unión (la unión del significante y del significado) es inmotivada, es decir, no todo significa lo mismo para las personas (Hermenéutica). Este concepto es importante en las relaciones clínicas, por cuanto en ocasiones, uno y otro utilizan términos que no quieren decir lo mismo para los dos. Es decir, hay significantes, que no se ajustan a lo que se ha querido transmitir.

Rof Carballo considera que hay tres tipos de lenguaje, en función de la estructura cerebral que se active;

- Lenguaje conceptual, que sería lo que se quiere decir y también lo que se entiende. Equivalente al significante y significado de Saussure.
- El lenguaje fonético, que se relaciona con el timbre y las modulaciones sonoras.
- El lenguaje emocional, que son los contenidos ocultos que se expresan en forma de pausas, estridencias, vacilaciones, etc.

Hemos de añadir, para Chiozza, en comunicación personal, que pueden existir cuatro niveles de lenguaje:

1. Trivial, que consiste en hablar con un nivel mínimo de concentración y de atención, referido a cosas puntuales y de manejo fácil, ¿Qué hora es?, ¿A qué hora quedamos? ¿Qué has comido?
2. Razonado, que exige un esfuerzo de concentración para mantener un nivel en la conversación.
3. Matemático. Que es universal y se refiere a cosas, totalmente clarificadas y cuadradas.
4. Poético o emocional, referido al nivel en el que las emociones afloran

Personalmente incluiría el lenguaje para el razonamiento abstracto, ya que no es solo un lenguaje razonado, sino que obliga a un esfuerzo intelectual de mayor nivel.

Hemos de intentar que las relaciones clínicas se mantengan entre el nivel 2 y el 4.

Llamamos teoría del espíritu, teoría de la mente, o en inglés Theory of mind, a la representación en nosotros, de lo que el otro sabe, de lo que el otro conoce, de lo que siente, de sus emociones, de sus intenciones. Se trata de una comunicación que en ocasiones es no verbal y se realiza solo a través del lenguaje del cuerpo. Se trata de ponerse en el lugar del otro, de conocer las emociones del otro. Fue Gregory Bateson (1904-1980) profesor de Antropología en la Universidad de Stanford, quien propuso esta teoría en 1978.

10.- Continuando con los factores que hacen aumentar o disminuir los telómeros, citaremos los Patrones de Pensamientos. Determinados patrones de pensamientos, como la “hostilidad cínica” estilo emocional caracterizado por intensa ira, y el pesimismo. Una de las principales ocupaciones de nuestro cerebro es predecir el futuro y eso lleva consigo, que

“nos preocupemos más por lo que no pasa que por lo que pasa”

también la rumiación, la dispersión mental.

El tema de la dispersión mental está directamente relacionado con el pesimismo. Se ha observado además que las personas que se concentran en lo que hacen en ese momento, son más infelices que aquellas que viven más dispersas. Es verdad que la mente humana es una mente dispersa, pero nos hace infelices.

Por el contrario, la meticulosidad suele tener los telómeros más largos. Un rasgo de la meticuloso es la capacidad de controlar los impulsos, postergar las recompensas inmediatas.

Se ha podido documentar que levantarse con alegría, pensando las cosas que nos van a pasar y ser capaz de experimentar una

sensación de frescura, alarga los telómeros, además de que los niveles de cortisol no suben tanto.

Elissa Epel psicóloga colaboradora de Blackburn entrevistó al Dalai Lama y al preguntarle qué es lo primero que piensa cuando se levanta, este contestó.

“Estoy vivo, no pienso malgastar mi día, tengo una preciosa vida humana, vamos a aprovechar el día”

11.- Alimentación. En una exhaustiva revisión realizada por el equipo de Amelia Martí, de la Universidad de Navarra, sobre la repercusión que ciertos nutrientes tienen sobre los telómeros, llegaron a las siguientes conclusiones, sobre los efectos beneficiosos;

- 1.- El ácido fólico o vitamina B9, se encuentra en cítricos y hortalizas de hoja verde.
- 2.- Cobalamina, vitamina B12, peces y mariscos, huevos y leche.
- 3.- Nicotianamina; plátanos, espárragos, tomates, arroz, almendras, legumbres.
- 4.- Vitamina A.
- 5.- Vitamina D
- 6.- Vitaminas C y E son muy importantes. Quienes presentan mayores niveles de vitaminas C y E (cacahuetes) en sangre tienen mayor longitud telomérica.
- 7.- Magnesio, Zinc, Hierro, Selenio.
- 8.- Omega 3.
- 9.- Polifenoles; aceite de oliva, uvas, arándanos,
- 10.- Curcumina.

- 11.- Coenzima Q10.
- 12.- Las hortalizas; verduras y legumbres (habas, guisantes), vegetales, nueces y cafés, aumentan la longitud de los telómeros.
- 13.- Las carnes procesadas, carnes rojas, acortan la longitud de los telómeros.
- 14.- Los derivados lácteos, como queso, parecen ser perjudiciales, por su alto contenido en grasas. La leche es controvertida su influencia.
- 15.- Mariscos, legumbres, hortalizas, granos enteros, son beneficiosos para la longitud telomérica.
- 16.- ~Las bebidas edulcoradas acortan la longitud de los telómeros.
- 17.- Pan, pasta, arroz, integrales, no perjudican. Si no son integrales, producen un aumento de la glucemia y de las citoquinas que son mensajeros de la inflamación. La patata mejor con la piel.
- 18.- Carnes y comidas procesadas, así como bebidas azucaradas, acortan los telómeros.
- 19.- La homocisteína elevada en sangre está relacionada con la inflamación y con telómeros cortos. Las vitaminas B, folatos o vitamina B9 y B12 disminuyen la homocisteína en sangre.
- 20.- La vitamina D alta se asocia con telómeros elevados.
- 21.- Café y té favorecen la longitud telomérica.
- 22.- Los hidratos de carbono de liberación rápida, acortan los telómeros. Las señales biológicas de saciedad aparecen poco a poco, según va aumentando la glucemia, pero no se perciben hasta pasados veinte minutos. El aumento de la glucemia va seguido de elevación de las citoquinas, mensajeros de la inflamación.

- 23.- Los ácidos grasos omega-3, reducen la inflamación, y mantiene sanos los telómeros. Parece ser que los suplementos de Omega 3, también favorecen la longitud telomérica.
- 12.- Tener proyectos, ilusiones aumenta la telomerasa al producir una felicidad eudaimonica, como luego veremos.
- 13.- La grasa abdominal, hace que se acorten los telómeros.



❧ 12.- CONSIDERACIONES FINALES

En este estudio he pretendido poner de manifiesto los cambios que se están produciendo en este siglo XXI en el modo de entender la enfermedad y en concreto el síndrome doloroso crónico como lo definiera en París François Bourreau en 1995.

Si el siglo XIX fue el siglo del inconsciente de Freud y de los Trastornos Funcionales de Charcot, el siglo XX el de la Medicina Basada en las Pruebas de Sackett, el siglo XXI debería ser el de la Algología Antropológica de Fernando Lolas Stepke de la Escuela de Heidelberg en expresión de Laín Entralgo.

Los avances en el conocimiento de neurociencias y de psicofisiología nos obligan a considerar mayor número de factores cuando hablamos del proceso de enfermar, de los que se venían considerando hasta finales del siglo pasado.

No cabe la menor duda del valor de las pruebas, de los datos obtenidos en las diferentes exploraciones y de los protocolos. Pero en el siglo XXI estamos obligados a dar un paso más, pues los conocimientos actuales a ello nos obligan. Las repercusiones que producen en el organismo, emociones tales como la soledad, la falta de cohesión social, los factores ambientales en los que se desarrolla la vida del paciente, su propia autonomía, la espiritualidad, el tipo de pensamientos de cada paciente, etc. en definitiva, el sufrimiento, influyen decisivamente no solo en el modo de enfermar, sino también en la evolución que tendrá la enfermedad.

La Medicina basada en las pruebas es básica en el ejercicio diario de las diferentes profesiones sanitarias. Así lo ha sido y así debe seguir siéndolo. Pero el entorno de las personas, su sociología, su ecología, su cultura, sus valores deben tenerse también en cuenta a la hora de realizar una actitud terapéutica actual, avanzada, que en todo caso debe estar basada, como aconseja la bioética, en la Deliberación considerando los hechos, los valores y los deberes y en la Prudencia.



13.- BIBLIOGRAFIA

1. Amrhein, V., Greenland, S., McShane, B. (2019). *Scientists rise up against statistical significance*. Nature, 567, 305-307. <https://doi.org/10.1038/d41586-019-00857-9>
2. Barraquer, L. (2001). *En memoria de la personalidad de Juan Rof Carballo*. Revista De Neurología 2001, 33, 987-990. <https://doi.org/10.33588/rn.3310.2001092>
3. Bayes, R. (2006) *Afrontando la vida, esperando la muerte*. ISBN: 84-206-4768-3, 63-67
4. Blackburn E. Epel E. (2017) *La solución de los Telomeros*.
5. Briquet, P. (1859). *Tratado clínico y terapéutico de la histeria*. J.-B. Baillie fils.
6. Callabed J. (2011) *Curar a veces, aliviar a menudo, consolar, siempre*
7. Carine den B, Dries L, Terluin B, van der Wouden JC, Blankenstein AH, van Wilgen P, et al. (2019). *Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments*. J. Psychosom. Res., 117, 32-40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.12.010>
8. Cassell E.J. (1982). *The nature of suffering and the goals of medicine*. N Engl J Med., 306 (11), 639-645 <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
9. Chiozza, L. (2018). *Sí, pero no de esa manera*. Libros del Zorzal.

10. Christian, Paul & Haas Renate (2009). *Wesen und formen der bipersonalität. 1949 Stuttgart* (traducción castellana de Fernando Lolas Stepke, *Esencia y formas de la bipersonalidad*), Monografías de Acta Bioethica, num. 1, Santiago de Chile.
11. García-Baró, M. (2012). *Sentir y pensar la vida*. Editorial Trotta.
12. González de Rivera, L. (1990). *Medicina psicosomática*. Aula de Estudios Sanitarios.
13. Gracia D. (2007). *Fundamentos de Bioética*.
14. Guyatt, G.H., Sackett, D.L., Cook, D.J. (1993). *Users' Guides to the Medical Literature: II. How to Use an Article About Therapy or Prevention A. Are the Results of the Study Valid?*. JAMA, 270 (21), 2598-2601. <https://doi.org/10.1001/jama.270.21.2598>
15. IASP Taxonomy, (october 2018). <http://www.iasp web archive, link 14>.
16. International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. (1975). *Classification of Chronic Pain*. Pain 1986;3:S3-S12 y S216-S221.
17. Klemperer, V. (2002). *La lengua del 3 Reich*. Editorial minúscula.
18. Kosek, E., Rief, W., Treede, R. (2015). *A classification of chronic pain for ICD-11*. Pain, 156, 1003-7. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>
19. Laín, P. (1981). *Antropología médica*. Salvat Editores
20. Labanski A. (2020) *Stress and the brain gut axis in functional and chronic inflammatory gastrointestinal diseases; A transdisciplinary challenge*. Psychoneuroendocrinology
21. Lolas, F. (2018). *Despojos de Ingenio*. CIEB

22. Lolas, F. (2022). *Dialogicidad, Dolor, Cultura, Bioética. Apuntes para una algología antropológica*. En prensa.
23. Lolas, F. (2002). *Bioética y Medicina*. Editorial Biblioteca americana.
24. Lolas, F. (1995) *Perspectivas Psicosomáticas en Medicina*. Santiago; Universitaria
25. Lolas, F. (1997) *Mas allá del cuerpo*. Editorial Andrés Bello
26. Martínez Pintor F, Martínez Gamo A. (2022). *Antropología Médica, Medicina Basada en la Antropología*. Editorial Marban. Madrid.
27. Melzack, R., Casey, K.L. (1968) *Sensory motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model*. The Skin senses (pp.168-194). Springfield III; Charles C. Thomas
28. Neblett, R., Cohen, H., Choi, Y., Hartzell M.M., Williams, M. Mayer, T.G, Gatchel, R.J., (2013). *The Central Sensitization Inventory (CSI): establishing clinically significant values for identifying central sensitivity syndromes in an outpatient chronic pain sample*. J. Pain 14 (5), 438-445.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.11.012>
29. Nesse, R. Williams, G. (2000). *¿Por que enfermamos?* Grijalbo Mondadori.
30. Olesen A, Farmer A., (2016). *Management of chronic visceral pain*. Psychoneuroendocrinology.
31. Roussel, N.A., Nijs, J., Meeus, M., Mylius, V. (2013). *Central sensitization and altered central pain processing in chronic low back pain. ; fact o myth?* Clin J. Pain 29 (7), 625-638.
32. Scheler, M. (1913). *El puesto del hombre en el cosmos*. Lo-sada.

33. Woolf, C.J. (1983). *Evidence for a central component of post-injury pain hyper-sensitivity*. Nature, 306 (5944), 686-688.
<https://doi.org/10.1038/306686a0>
34. Woolf, C.J. (2011). *Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain*. Pain, 152 (3 suppl), S2-15. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.09.030>
35. Yunus, M.B. (2007). *Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes*. Semin Arthritis Rheum, 36 (6), 339-356.
<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2006.12.009>



Discurso de contestación

Excmo. Sr. Dr. Joaquín Callabed Carracedo

Excelentísimo Sr. presidente de la RAED,
Excelentísimas e ilustrísimas autoridades,
Excelentísimos Srs. académicos,
Señoras y señores,
Apreciados amigos:

ACOGIDA Y JUSTIFICACIÓN

Resulta un gran honor para mi contestar en nombre de la Real Academia Europea de Doctores (RAED) al brillante discurso de ingreso como Académico Correspondiente del Excmo. Sr. Fernando Martínez Pintor.

Vayan mis primeras palabras de agradecimiento para el presidente Excmo. Sr. Dr. Alfredo Rocafort Nicolau y a la Junta de Gobierno por haberme permitido este privilegio de contestar al nuevo académico.

Las normas que rigen esta Real Academia Europea de Doctores nos indican que el discurso de respuesta debe poner de relieve la trayectoria profesional, académica y curricular del Excmo. Dr. Fernando Martínez Pintor y posteriormente responder a su discurso sobre

Factores biopsicosociales y algología antropológica

Voy a considerar brevemente algunas facetas en la trayectoria personal y profesional del nuevo académico:

1. LA PERSONA
2. FORMACIÓN. TITULACIONES ACADÉMICAS.
3. SOCIEDADES CIENTÍFICAS
4. LABOR ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA
5. LIBROS, ARTÍCULOS Y CONFERENCIAS
6. CONGRESOS. SOCIEDADES CIENTÍFICAS, DISTINCIONES
7. COMENTARIOS SOBRE EL DISCURSO

1. LA PERSONA

Hay breves rasgos que definen a las personas, que nos las acercan y nos ayudan a comprenderlas.

Nos dice el Dr. Martínez Pintor. “marcó mi vida la muerte de mi hermano Miguel cuando yo tenía 14 años y el 15...ver sufrir a mis padres durante 2 años que duró la enfermedad de Hodgkin marcó mi vida”.

“Mi vocación de médico, no apareció hasta que conocí al Dr. Benjamín Fernández Ruiz, en Preuniversitario, con su pasión por la Biología, que me transmitió”.

“Durante la carrera percibí, que mi interés era especial, por el Dolor y el Sufrimiento, probablemente he pensado después, por la biografía de adolescente con la pérdida de mi hermano, por eso hice la especialidad de Reumatología”.

El dolor ha sido y es la línea medular de la brillante vida profesional del Dr. Martínez Pintor. Son pinceladas que nos descubren al gran profesional que hoy ingresa en esta RAED:

Un buen conversador, conciliador, con una gran inquietud intelectual y humanista. Extremadamente trabajador, herencia directa de su familia. Vocación europea. Admirador de Gustave Flaubert , Marguerite Yourcenar, Oscar Wilde y Unamuno.

“Lo que soy se lo debo a mi madre y a mi tía, que desde niño, tuvieron fe ciega en mí”. Mi padre fue un médico que vivió en tiempos difíciles y gran trabajador y admirador de Baltasar Gracián y su libro del “Arte de la prudencia”.

Sus hijos: Fernando es Historiador y Alicia como Fisioterapeuta lo son todo en su vida. Su esposa Almudena, su colaboradora y complemento indispensable.

Al lado de un gran hombre siempre hay una gran mujer.

2. FORMACIÓN. TITULACIONES ACADÉMICAS.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Especialista en Reumatología por la UCM. Hospital Clínico San Carlos.

Doctor en Medicina por la Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

Master en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud en la Universidad de Alcalá de Henares.

“La reumatología europea, en los años 70-80 la marcaba Barcelona. Figuras como Roig Escofet, Rotés Querol, Lience Durán, Obach Benach, Poal Ballarín, etc., hicieron que me trasladara a Barcelona a beber en las fuentes que mandaban

en Europa, junto con la Reumatología francesa, de De Seze y de Forestier”.

De vocación europea, como ésta Real Academia que le recibe, se formó en Montpellier con el Profesor Jacques Sany, Presidente de la Sociedad Francesa de Reumatología. Completó su formación francesa con el Profesor Robert Maigne del Hotel Dieu de París y su adjunto Dr. Dominique Bonneau.

“En mi formación también ha sido fundamental la figura de Fernando Lolas Stepke, de Santiago de Chile, heredero de la Escuela de Heidelberg, por su erudición y capacidad docente, así como su extraordinaria brillantez intelectual”.

En la actualidad dirige el Instituto de Reumatología y Antropología Médica de la Clínica Ntra. Sra. Del Remei de Barcelona.

3. SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- * Miembro de Honor de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (fundada en 1955)
- * Presidente/Fundador del Círculo de Psicosomática y Antropología Médica de Barcelona,
- * Miembro de l'Académie Suisse pour la Médecine Psychosomatique et Psychosociale.
- * Miembro de Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin un Ärztliche Psychotherapie.
- * Gouvernace pour l'Espagne de la Non Pharmacological intervention Society.
- * Director de “Las Mañanas de la SEMP”.
- * Co-Fundador del Grupo Iberoamericano de Antropología Médica.

4. ACTIVIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA.

Su vida profesional ha girado en torno a tres campos:

1. Asistencia Médica, labor que realiza en la actualidad con la dirección de Instituto de Reumatología y Antropología Médica de Barcelona.

* Jefe Clínico del Servicio de Reumatología del Hospital Sagrado Corazón de Barcelona hasta 2015.

2.-Docencia,

* Profesor de Reumatología en la Escuela Universitaria de Enfermería Sant Joan de Deu 1993-1998.

* Profesor de la Unidad de Medicina Psicosomática en la UIC.

* Profesor de la UIC 2000-2010.

* Director del curso internacional “Tratamiento no farmacológico del dolor crónico”.

Es conferenciante invitado habitual en Congresos y Universidades tanto a nivel nacional como Internacional.

Ha organizado, colaborado y dirigido diferentes cursos de sociedades científicas tanto españolas como europeas.

“He sido profesor de la UIC durante diez años, de diferentes campos. En este periodo he conocido a dos personas que han sido muy especiales para mi:

La Profesora Nuria Durany y sobre todo el profesor Jordi Cervos, que fue quien me instó a que hiciera el doctorado”.

3.-Investigación. Su línea de investigación se ha centrado en la búsqueda de marcadores bioquímicos de las emociones y en particular del sufrimiento humano, así como su eventual repercusión somática.

Sus estudios se han publicado tanto en Congresos internacionales, como en Revistas de impacto, así como en la edición de tres libros sobre el tema del dolor el sufrimiento y su psicofisiología.

5 . LIBROS. ARTÍCULOS Y CONFERENCIAS

LIBROS

- * Fibromialgia, dolor de espalda, dos maneras de expresar el dolor y el sufrimiento.
- * Fibromialgia, Psicósomática y antropológica 2018.
- * Antropología Médica. Medicina basada en la antropología 2022.

Tesis doctoral: Patrón de conducta de la fibromialgia y el dolor de espalda. Calificada con sobresaliente en la UIC.

Tres capítulos de libros.

ARTÍCULOS: 22 artículos publicados

CONFERENCIAS: 30 conferencias pronunciadas

DIVULGACIÓN: 20 Publicaciones de divulgación

6. CONGRESOS. SOCIEDADE. CIENTÍFICAS. DISTINCIONES

CONGRESOS

Organizador de 25 jornadas y congresos de su especialidad.
Ha participado en 80 reuniones y congresos como ponente.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Miembro de 32 sociedades científicas nacionales e internacionales.

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática.

DISTINCIONES

* Miembro de Honor de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática.

* Académico Correspondiente de la RAED.

7. COMENTARIOS SOBRE EL DISCURSO

En su discurso el Dr. Martínez Pintor nos ha expuesto el concepto de salud, los modos de enfermar, los factores biopsicosociales que inciden en la enfermedad y el sufrimiento, tema capital en el mismo.

Una importante y original aportación es la Medicina Antropológica, una visión total del paciente que completa con una visión axiológica y bioética, sin olvidar la medicina basada en pruebas y finalizando con la algología antropológica. Quiero resaltar brevemente algunos puntos.

Respecto a la salud y enfermedad nos advierte que en los últimos años, se ha producido una revolución en el conocimiento del dolor crónico. La visión de la enfermedad dolorosa se ha modificado sustancialmente, al reconocer la Organización Mundial de la Salud, (OMS) y las Sociedades de Estudio del Dolor, que las emociones de la persona son parte fundamental tanto en la etiología como cronificación de la enfermedad dolorosa.

Las enfermedades funcionales, se han visto asentadas y perfiladas en los últimos años con los nuevos conocimientos de psicofisiología y de neurociencias.

En esta visión antropológica del paciente, qué duda cabe que el sufrimiento, tema medular de su discurso, es fundamental.

La biografía, la sociología, la ecología además de la fisiología y la psicología, son partes fundamentales en la etiopatogenia y la evolución de la enfermedad, conceptos, todos ellos englobados en la definición de Algología Antropológica.

Como dice Laín Entralgo en su ensayo *“La enfermedad como experiencia”*, *“la enfermedad nos hace tomar conciencia del dolor, del sufrimiento humano, de la “menesterosidad” que obliga a sentir la imperiosa necesidad de la ayuda de los otros”*.

En opinión del Dr. Martínez Pintor, un concepto más apropiado que la definición de Salud, y quizás más preciso y certero es el de Calidad de Vida, porque nos mide más claramente la situación de las personas, al valorar varios aspectos:

- 1.- La calidad de vida es subjetiva.
- 2.- La calidad de vida es multidimensional, es decir, se puede tener buena calidad de vida económica, mala intelectual, regular social, etc.

- 3.- La calidad de vida es dinámica, cambia con el tiempo, al cambiar las valoraciones que hacemos a lo largo de nuestra vida.
- 4.- La calidad de vida es compleja, se puede tener mucho de algo, poco de otra cosa, anhelar algo etc.

Sobre los Modos de Enfermar se expresa así:

Muchos autores de los llamados neodarwinistas, como George Gaylor Simpson, consideran que la evolución filogenética está regida por el ambiente, por lo que denominan “contingencias adaptativas”, según las cuales, los corrimientos de tierra, las glaciaciones, los terremotos estarían en la raíz de la evolución, sin considerar que la evolución, pueda tener una finalidad.

También comenta la migratología y trastornos específicos de diversas culturas. Expone las infecciones, genética, enfermedades degenerativas y causas exógenas, incluido el estrés psicosocial, en los modos de enfermar.

El mismo Jacques Monod, en su libro publicado en 1972, “El azar y la necesidad”, postulaba que la biosfera tiene comportamientos imprevisibles y que se rige según el principio de objetividad, es decir, hay causalidad, pero no hay finalidad.

En esta línea, podríamos pensar que la aparición de la Tecnología sería una contingencia adaptativa. Realmente podríamos pensar con Fernando Lolas, que estamos creando una sociedad híbrida, formada por la naturaleza humana y la tecnología, ya que hoy en día, es parte activa e indisoluble de nuestra sociedad.

Una importante aportación son los Factores Biopsicosociales en la aparición de la enfermedad y nos recuerda como en el año 2015, la Organización Mundial de la Salud, (Pikhart Hynek y

Pikhartova Jitka, ambas de Londres, del College University y del Brunel University, respectivamente) emitieron un informe en el que incluía una definición de los llamados

Factores de Riesgo Biopsicosociales que definían así:

“son influencias sociales, culturales, ambientales que afectan a la salud y el comportamiento de las personas, y pueden considerarse los siguientes

- *apoyo social.*
- *redes sociales.*
- *integración social.*
- *la soledad.*
- *el capital social.*
- *el duelo.*
- *el entorno laboral.*
- *la interrupción social.*
- *la angustia psicológica.*
- *la depresión.*
- *la ira.*
- *la hostilidad.*
- *En el área laboral, se consideran estresantes:*
 - *carga de trabajo.*
 - *demandas laborales.*
 - *plazos estrictos.*
 - *falta de control sobre el trabajo.*
 - *desequilibrio entre el trabajo y la recompensa.*
 - *satisfacción laboral relevante”.*

Estos factores biopsicosociales, deben ser considerarlos como “Factores de Riesgo”,

Según la definición del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, un Factor de Riesgo es

“Algo que aumenta la probabilidad de tener una enfermedad”

Sobre el SUFRIMIENTO

En 1982, Erik Cassel, definió el sufrimiento como:

“Un estado de malestar inducido por la amenaza de la pérdida de integridad, o desintegración de la persona, con independencia de su causa”.

C. Richard Chapman, en 1993, definía el sufrimiento como:

“Un estado afectivo cognitivo y negativo complejo, caracterizado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazada en su integridad, asociado a un sentimiento de impotencia para hacer frente a esta amenaza y a la percepción del agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla”.

Unos años más tarde, en 2006, Ramón Bayés, Catedrático de Psicología de la Universidad de Barcelona, dio una tercera definición:

“Sufrimiento es la relación entre Percepción del Control, es decir la creencia de que tú no puedes controlar algo y el Grado de Importancia que tú des a algo que quieres controlar, todo ello modulado por un estado de ánimo previo”.

Estudia igualmente la Amenaza y las estructuras que se activan desde el punto de vista psicofisiológico (núcleo Accumbens, Giro Cingulado, ínsula anterior). Además del sistema límbico, en la amenaza se activa la actividad motora el sistema nervioso autónomo, regulado por la amígdala.

Nos explica igualmente las causas principales que nos hacen sufrir.

Expone el concepto de Resiliencia o capacidad para resolver situaciones difíciles de la vida, citando a Boris Cyrulnik.

Boris Cyrulnik ha publicado multitud de trabajos sobre la Resiliencia, en particular enfocado hacia la infancia, sin duda alguna guiado por su propia biografía. Cyrulnik utiliza 6 recomendaciones para el abordaje de la Resiliencia:

- 1.- Primero no hacer daño. Ofrecer buena acogida.
- 2.- No categorizar ni etiquetar ni hacer juicios definitivos. No es lo mismo diagnóstico precoz que pronóstico prematuro.
- 3.-No culpar a los que, destruidos por la vida, tiene comportamientos aberrantes.
- 4.-No ver solo los problemas, sino movilizar los recursos.
- 5.-No tener en cuenta solo los síntomas.
- 6.-Aceptar a la persona, aunque no admitamos su comportamiento.

Nos aporta una definición de Karl Jaspers sobre el placer.

Para Jaspers, los sentimientos son los estados del yo, tristes o alegres,

“el placer es un sentimiento, una función biológica que pone de manifiesto el bienestar psíquico, la salud general, y el éxito del paciente. La pérdida del placer es una parte de la “apatía”, en la que el paciente se encuentra ve, observa, oye, y recuerda, pero deja que todo pase frente a él, con total indiferencia; felicidad, placer, peligro, tristeza, aniquilamiento, son todo lo mismo. Permanece muerto con los ojos abiertos”

ANTROPOLOGÍA MÉDICA

Definimos a la Antropología como la ciencia que estudia al ser humano. El término procede del griego antiguo, significa estudio del hombre.

En la obra de Aristóteles (siglo IV antes de Cristo), aparece el término antropología en la obra dedicada a su hijo, “Ética a Nicómaco” referido a:

“El que gusta de conversar sobre los humanos”

El término fue retomado en el Renacimiento por el médico, filósofo y teólogo alemán Magnus Hundt (1449-1519) en su obra *“Anthropologium de hominis dignitate”*, en el que analizaba aspectos anatómicos, fisiológicos, filosóficos y religiosos del hombre.

En Francia está documentada la utilización del término “antropología” a partir de 1516 y en España a partir de 1721, en el diccionario portugués-español de Raphael Bluteau (perteneiente a la ilustración portuguesa).

En 1961 Rof Carballo decía:

“A la mayoría de los médicos no les interesa la Medicina Antropológica, se piensan que es una cultura de adorno. Para la mayoría de los profesionales de la medicina, es una ciencia ornamental “.

Para Fernando Lolas los principios de la Bioética, son aplicables, tanto al profesional que intenta ayudar al enfermo como al enfermo mismo, que, en ningún caso, debería buscar beneficios en su enfermedad. Esta bidireccionalidad en la forma de ver la enfermedad, entre profesional y paciente, es lo que se ha dado en llamar “Bioética de la Reciprocidad”.

Ya en 1984, Pedro Laín definió la Antropología Médica como:

“Es el conocimiento científico y filosófico (antropológico) del hombre en tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal. Ella y solo ella es el verdadero fundamento del saber médico, aunque a veces no lo sepa el práctico de la sanidad”.

Lolas además añade la consideración de la Antropología como ciencia biológica, donde es tan importante saber qué enfermedad tiene una persona, como qué persona tiene una enfermedad. Es el campo de las neurociencias.

El enfoque de un enfermo debe hacerse bajo una visión epistemológica, con tres prismas muy determinados:

1. Biológico, neurociencias, alteraciones bioquímicas.
2. Sociológico, valorando el entorno en el que se encuentra el paciente.
3. Histórico y racial, valorando las migraciones que haya sufrido él y su familia.

Continuando con Fernando Lolas, considera que lo esencial de la Antropología Médica en la actualidad, no es ni debe ser una doctrina, si no muy por el contrario, es:

- A-Una perspectiva comprensiva y empática sobre lo que significa ser humano, es decir el Humanismo Médico. El Humanismo también debe ser Adaptado, ya que, en una época de globalización, el humanismo debe ser comprensivo con las diferentes tendencias, culturas, religiones, etc.
- B- Un modo de concebir preguntas.
- C- Es la dimensión filosófica de la Medicina.
- D- Las artes y las ciencias vinculadas al bienestar y la salud.
- E- Tiene como carácter fundamental su carácter comprensivo.
- F- Es una fusión de racionalidades, discursos y creencias.
- G- Su campo de estudio es la visión biopsicosocial con integración de las ciencias sociales y del comportamiento.
- H- La reflexión sobre el poder político y sus repercusiones sobre la economía.
- I- Es una medicina que engloba la basada en pruebas, la basada en valores y la centrada en el paciente.
- J- investigación histórica.
- K- Deliberación ética, de la que más tarde hablaremos, para poder obrar con Prudencia.
- L- Diálogo entre racionalidades e intereses.
- M- El cuidado del enfermo y la compasión.

Para María Teresa Russo, de la Universidad de Roma,

“El humanismo médico es una actitud y saber del médico, que advierte la necesidad de detenerse a examinar su actividad, desde

el punto de vista ético y antropológico, para así poder entender la realidad del hombre enfermo y poder relacionarse con él. No puede haber humanismo médico sin antropología”

Paul Tournier en 1940, publicó su primer libro, “Médecine de la Personne”, en el que expone sus ideas, sobre el hombre al cual considera algo más que un ser orgánico. Es un ser espiritual.

“La medicina de la persona no es una rama más de la medicina, es una forma de tratar a la persona, poniendo el énfasis en la cohesión social, los acontecimientos de la vida y la espiritualidad”.

La Medicina de la Persona:

- es una actitud, no un sistema teórico.
- es una medicina sistémica, superando la medicina analítica.
- se aplica a todos los profesionales de la salud.
- no es una psicoterapia religiosa, pero se basa en una visión espiritual de la persona.
- no es una antipsiquiatría ni una medicina alternativa.

En la Medicina de la persona, está la esencia de la Antropología Médica. Tournier incorpora a la religión en su punto de vista de la Persona. En mi opinión, la espiritualidad no debe ser entendida solo como religiosidad, si no en un sentido más global, ya que los agnósticos también tienen espiritualidad.

Michael Balint (Budapest, 1896-Londres, 1970), en los años sesenta del siglo pasado, planteaba que la medicina puede ejercerse de dos maneras diferentes;

- Centrada en la enfermedad
- Centrada en el paciente.

AXIOLOGÍA .TRATADO DE LOS VALORES

El término valor fue acuñado por K.W.M. Fulford, profesor de Filosofía de la Universidad de Warwick .

Un valor es una cualidad de un sujeto, o de un objeto. Es una cualidad agregada a las características físicas o psicológicas tangibles del objeto. Es pues, una interpretación subjetiva de un hecho o de un objeto.

En uno de los diálogos que lleva por título Fedro, Platón dice;

“El mayor error que puede cometerse en el tratamiento de las enfermedades es que existan médicos para el cuerpo y médicos para el alma, cuando no es posible separar una de otro”

Para Diego Gracia, la clave está en el “Constructivismo Axiológico”, es decir, los valores de los hechos y de las personas, están condicionados tanto por la razón como por las emociones, de manera que los valores son aprendidos de la realidad donde tanto la razón como las emociones, juegan papeles determinantes.

Como dice Kierkegaard, en la elaboración de un valor, interviene, la autorreflexión en la que participan las emociones vividas relacionadas con el hecho y la racionalidad, además de la voluntad y la libertad.

Una vez realizada la “valoración” de un hecho o un objeto, se memoriza en la profundidad de la corteza, en forma de memoria implícita o procedimental. Es decir, en la valoración de algún hecho u objeto participan tanto la racionalidad, como las emociones relacionadas con el hecho y la voluntad y la libertad

de acción. Es una “Lógica Límbica” aprendida, por lo que podemos colegir, con Kierkegaard, que los valores son un atributo del espíritu.

En base a esta lógica límbica, establecemos dos tipos de valores:

- 1.- Los valores intrínsecos que son la verdad, la justicia, la paz y el amor, etc. que parecen bastante comunes a todas las personas e inamovibles. Comte Sponville dice que el amor es el valor supremo. López Ibor habla de valor intrínseco para referirse al sufrimiento. Los valores intrínsecos no se pueden medir, no tiene precio. Las sociedades que potencian los valores intrínsecos son sociedades cultas.
- 2.- Los valores instrumentales, que son todos los demás. Pueden ser materiales (el dinero, vestidos, casas, coches, la comida, etc.) o espirituales (afecto, honor, fidelidad, convicciones religiosas, ideas políticas, sexualidad, etc.), el valor que demos a una persona o a un cuadro, por ejemplo. Las sociedades que potencian los valores instrumentales son sociedades civilizadas. Los valores técnicos, son valores instrumentales.

Trasladando el tema de los valores a la esfera médica, podemos clasificar los valores, como.

- 1.- El valor técnico, que hace alusión a la fundamentación técnica que cada terapeuta desde el punto de vista técnico debe tener. Es exigible a cada profesional que sus actitudes terapéuticas estén basadas en sus conocimientos, no en la información de algún tema sino en una información organizada, es decir en un conocimiento estructurado que busca hacer el bien, un saber práctico para resolver los problemas de cada día. Son valores instrumentales.

- 2.- El segundo valor a destacar dentro de la esfera médica, es el valor moral. El valor moral viene determinado por el uso de una actitud terapéutica, es decir realizamos una determinada actitud terapéutica porque lo hace un determinado protocolo. Podemos fundamentar una decisión terapéutica porque la tradición o las costumbres nos lo permiten o nos obligan. Tal es el caso de la utilización del término, “por protocolo”, las cosas se hacen porque un determinado grupo profesional así lo marca, no porque se halla demostrado que esta forma de actuar sea más beneficiosa para los pacientes, como dicen los ochocientos epidemiólogos liderados por Sander Greenland. Estos valores morales, son evolutivos, dependen de la evolución cultural para ir modificándose. En ocasiones los valores morales entran en conflicto con las nuevas necesidades y los nuevos conocimientos que se van adquiriendo por parte de la sociedad. Usamos fármacos antiguos porque los aprendimos y nos han ido dando buenos resultados. Programamos cesáreas porque pensamos que la paciente estará mejor atendida, etc. Los valores morales de la persona están en nuestro cerebro como una memoria a largo plazo, de tipo implícito o inconsciente y en consecuencia, produce respuestas automáticas, sin reflexión.

- 3.- Pero el valor ético, el tercer valor fundamental, debe ir acompañado de la justificación moral. Es preciso razonar y deliberar sobre lo que estamos haciendo. El sufrimiento, para López-Ibor es un valor ético. Los valores Bioéticos de la medicina se relacionan indudablemente con el lema de la ilustración del siglo XVIII, “Sapere Aude”, ¡atrévete a pensar!! y después obra con prudencia.

En 1970, Van Rensselaer Potter (1911-2001) oncólogo estadounidense, utilizó el mismo término de Bioética, para referir-

se al diálogo que tiene que establecerse entre las ciencias experimentales y las humanitarias, en una ética general en solidaridad con la biosfera.

“Solidaridad biosférica con todos los seres vivos a fin de preservar y salvar el planeta”.

Como sabemos, también Habermas, construyó una ética basada en el diálogo, y en el “reconocimiento de los límites de la racionalidad humana” postulando que las normas aceptables, deben ser aquellas, resultantes del diálogo, exentas de condicionamientos empíricos-históricos.

La Bioética en palabras de Javier Sádaba, es una hidra con muchas cabezas, interdisciplinar, que cuida la relación médico-paciente, bajo un prisma social, de ida y vuelta, valorando cómo influye la sociedad en el enfermo y el enfermo en la sociedad.

Para Sádaba se pueden distinguir tres niveles de Bioética, articulados entre ellos:

1. Bioética general, que se ocupa de cuestiones preliminares, como los modelos antropológicos, teorías éticas, etc.
2. Bioética especial, que se ocupa de problemas singulares, como eutanasia, aborto, fecundación, etc.
3. Bioética clínica, que discute los casos particulares que pueden darse a nivel de enfermo, donde las neurociencias juegan un papel fundamental.

Javier Sádaba utiliza el término de Bioética afirmativa para referirse a la ciencia que se ocupa de mejorar las condiciones de vida, de todas las vidas. El fin de la bioética es la buena vida que evita el sufrimiento en lo posible y para ello debe ocuparse de

manera central de las ciencias empíricas que utilizan el método hipotético-deductivo, tales como la biología, la genética, la epigenética, las neurociencias, la inteligencia artificial, el transhumanismo y la salud. De eje central o centro fundamental de la bioética, cuelgan dos ramas, la Medicina y el Derecho.

Diego Gracia, define la Bioética como;

“La ciencia que estudia los deberes y tiene como función fundamental promover los valores”.

En 1978, el Departamento de Salud y Bienestar de los Estados Unidos, emitió un informe conocido con el nombre de “Informe Belmont”, nombre adoptado del centro donde se realizó la reunión, cuyo encabezamiento era:

“Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”

En este informe se pusieron de manifiesto los principios fundamentales de la ética, diseñados por Tom Beauchamp, Profesor de Filosofía de la Universidad de Georgetown (Universidad de los Jesuitas de Washington) que son;

1.- Autonomía (del griego auto y nomos-ley, ley de uno mismo) es la facultad de la persona de poder obrar según su criterio, con independencia del deseo u opinión de otros.

En el siglo XIX y XX a la palabra autonomía se le da también un sentido jurídico, considerando que una persona es autónoma, jurídicamente hablando cuando, tiene la información del hecho, tiene la capacidad vital para entender lo que se le explica y está libre de coacciones.

Podemos considerar que una acción es autónoma cuando cumple tres condiciones;

2.- El segundo principio ético, del informe Belmont, está representado por la Justicia. Para Diego Gracia, la justicia, la justificación es inherente a la condición humana, ya sea médico paciente, sano, enfermo, la persona tiene que estar justificando sus actos y justificándose ante sí mismo.

3.- El tercer principio es la beneficencia, definida como la ayuda desinteresada a otras personas. Una beneficencia no paternalista es aquella que intenta ayudar a los demás siempre que ellos lo pidan o la acepten, por lo que lleva asociado siempre, el consentimiento informado del paciente. El paternalismo es una mezcla de beneficencia y poder, si bien en el paternalismo se puede no aceptar los deseos de esa persona, en el principio de beneficencia esta aceptación y deseo del paciente son *conditio sine qua non*.

4.- El principio de No Maleficencia o mala voluntad o intención hacia los demás. Nunca es lícito hacer el mal. En el Juramento Hipocrático, figura en dos ocasiones la expresión “en beneficio del enfermo”. Hemos de recordar, que Hipócrates conoció a Sócrates y puede considerarse discípulo suyo.

Para Lolas, los principios de la Bioética son aplicables, tanto al profesional que intenta ayudar al enfermo como al enfermo, que no debe buscar beneficios en su enfermedad, es lo que se ha dado en llamar “Bioética de la Reciprocidad”.

La Real Academia Española, define la bioética como;

“Es la disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos”

La Bioética no son valores teóricos si no que se tienen que aplicar, por eso es preciso deliberar sobre ellos para que, fruto de esta deliberación, podamos obrar en base a unas normas de ética, que tendrán, qué duda cabe, como principio básico, la Prudencia.

CONSIDERACIONES FINALES

Frente a la medicina clínica mas común con definiciones clásicas, amplía su mirada humana y humanista a los modos de enfermar de cada persona, incluyendo los factores biopsicosociales y estudiando el dolor y el sufrimiento.

Su aportación mas original y actual es la antropología médica en la que es una referencia reconocida internacionalmente y profundiza en el tema de la axiología (valores y bioética como puente entre ciencia y valores).

Estudia la medicina basada en pruebas y la algología antropológica en las patologías adecuadas que pueden abordarse.

Realiza grandes aportaciones sobre la lucha contra el dolor, esa herida de Quirón que no se cierra. Su sensibilidad literaria nos recuerda esa frase que nos dejó Adolphe Gubler, discípulo de Claude Bernard “curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre”.

BIENVENIDO A NUESTRA ACADEMIA

La incorporacion de un nuevo académico es siempre una gran fiesta en esta docta institución. Se incorpora una autoridad reconocida internacionalmente en el campo de la antropología médica que asegura el intercambio intelectual y garantiza el avance del conocimiento racional.

Ingresa en la RAED hoy un científico y una persona transversal interesado por la ciencia, las humanidades y “el dolor del hombre” .

El médico que solo sabe medicina, ni medicina sabe, decía Letamendi. Aporta su mirada personal y experta a la Antropología Médica desde la Medicina , la Filosofía, la Reumatología, la historia de la salud, la lucha contra el dolor y el sufrimiento y los valores y derechos de las personas , que han quedado magníficamente expuestas.

Para terminar, Excmo Sr. Presidente, permítame dar en nombre de la Academia y en el mío propio una calurosa bienvenida al Nuevo Académico Correspondiente .

Bienvenido. Esta es su casa, Dr,Fernando Martínez Pintor .Un abrazo.

He dicho



PUBLICACIONES DE LA REAL ACADEMIA
EUROPEA DE DOCTORES

Publicaciones



Revista RAED Tribuna Plural





JOAQUÍN CALLABED CARRACEDO nacido 07/11/1946 en Biescas (Huesca).

Licenciado en Medicina Universidad de Zaragoza con sobresaliente 1971.

Especialista en Pediatría y Puericultura Universitat de Barcelona. Prof. Dr. Manuel Cruz. (1973-1975). Fundador del Instituto Pediátrico Callabed 1975-2017. Inspector Médico de Carrera 1976.

Postgrado de Pediatría Social ASPRE-PARÍS con el Profesor Roger Salbreux. (1998-1999). Cuatro "Stages" de pediatría psicosocial.

Fundador del Club de Pediatría Social. (Asociación de Pediatras, Pedagogos y Psicólogos.) Coordinador de 22 congresos (1996- 2015)

Doctor en Medicina y Cirugía, Excelente *Cum Laude*, Universidad de Barcelona. 2005.

Magister Universitario en Bioética, en 2008-2009 Universidad Complutense de Madrid.

Académico Correspondiente, por elección de la Real Academia de Medicina de Zaragoza.

Académico Correspondiente por elección de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Socio Numerario del Club International de Pédiatrie Sociale de París.

Miembro de Honor del Consejo Superior Europeo de Doctores y Doctores Honoris Causa.

Académico Numerario Electo de la Real Academia Europea de Doctores.

Pertenece a 12 sociedades científicas nacionales e internacionales.

Director y coordinador de 57 congresos de su especialidad.

Autor de 58 comunicaciones y ponencias en congresos nacionales e internacionales.

Representante español en la Encuesta Europea de Prevención de Accidentes. Luxemburgo 1996.

Autor y coautor de 23 libros de Pediatría.

Como escritor humanista es autor de 7 libros de literatura y ensayo.

Ha pronunciado 250 conferencias y publicado más de 300 artículos.

Académico Correspondiente, por elección, de la Real Academia de Nobles y Bellas Artes de San Luís de Zaragoza.



“Lo más importante para tratar a nuestros enfermos, no está en los libros ni se enseña en las universidades. Los ingleses lo llaman Feeling”

Jacques Sany
Presidente Sociedad Francesa de Reumatología
Montpellier. 1985

“El Silencio es el santuario del Arte de la Prudencia”

Baltasar Gracián
Huesca. 1647

Fernando Martínez-Pintor

1914 - 2023

Colecció Reial Acadèmia Europea de Doctors



**Generalitat
de Catalunya**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, CULTURA
Y DEPORTE