

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Facultad de Filosofía

Línea de investigación dolor y afectividad

Grupo de trabajo: Filosofía del Dolor

Angélica Eljaiek

11 de mayo de 2020

La vida según Adán, o del primero que tosió

Lo que menos deseo es un médico que sea insulso, que no parezca no ser suficientemente intenso ni voluntarioso para imponerse a algo poderoso y demoníaco, como es la enfermedad. Lo que busco en un médico es alguien que sepa leer a fondo la enfermedad y que sea un buen crítico de la medicina... que no sólo fuese un médico de talento, sino que fuese por añadidura un poco metafísico... [uno que sea] capaz de ir más allá de la ciencia y llegar a la persona... capaz de imaginar la soledad en que viven los enfermos críticos. Quiero que sea él mi Virgilio, que me guíe por mi purgatorio o mi infierno, señalando todo lo que haya que ver por el camino.
Anatole Broyard

El primer catarro, Adán se hecha a llorar agobiado por la angustia de la muerte; la fiebre, el dolor de cabeza y la tos. Ha sido expulsado del paraíso y el primer invierno ha venido acompañado por los síntomas. No hay Virgilio, no hay aliento, no hay Dios.

Sentimos el cuerpo como propio, inmediato y evidente y por eso mismo no pensamos en él excepto cuando se convierte en problema, cuando es sacudido de forma inesperada pero contundente, hasta tal punto que nos obliga a preguntarnos si todavía sigue siendo nuestro o quizá si ha sido tomado en posesión por una fuerza demoniaca, tan violenta y aterradora como lo es la enfermedad. Los descubrimientos realizados en los últimos años en el ámbito de la neurociencia permiten que se replantee la relación entre la actividad mental y las estructuras fisiológicas y anatómicas. Desde hace unos años, han surgido teorías nuevas que proponen que el sentido y significado de la realidad son atribuidos por un cerebro que se halla dentro de un cuerpo y que está mediatizado de diversas formas por ese cuerpo. La lingüística cognitiva y el florecimiento de las ciencias del cerebro, aparecen con una fuerza enorme en este escenario para afirmar la influencia de lo corporal rescatando así al cuerpo del olvido; nuestra posición vertical, el hecho de tener dos manos, dos piernas y una determinada forma de visión influyen, por ejemplo, en la forma en que captamos la realidad y en la manera en que nos referimos a ella. De igual forma, la medicina y las neurociencias han reconocido la importancia de acercarse a la

[Escriba aquí]

psicología y, en especial al psicoanálisis, ya que, aparentemente, este último, está basado en sólidos principios neurológicos. La neurología misma tuvo que evolucionar, de una ciencia mecánica que pensaba en términos de “funciones” y “centros” determinados, a un análisis más dinámico de las dificultades neurológicas en términos de sistemas funcionales, con frecuencia distribuidos ampliamente en el cerebro y en continua interacción mutua. La vinculación entre las dos ciencias tendría una repercusión directa y contundente en lo referente al alcance terapéutico que aspiran tener cada una de forma independiente, superando así las omisiones a las que se refiere Von Weizsacker, con respecto a la salud y a la libertad que se quiere devolver al paciente. Para apreciar factores determinantes más profundos se requiere entonces establecer una relación sincera entre médico y paciente, una transferencia, examinar resistencias, poner atención pacientemente a todo lo dicho o no dicho, mostrado o encubierto, y usar la libre asociación para permitirle a la mente una espontaneidad máxima.

Nuestro autor es sin duda, uno de los más importantes precursores de este cambio, de este nuevo paisaje, de esta nueva ciencia en proceso de consolidación. Postulados como estos llegan a comprender que la mente está intrínsecamente encarnada, que el pensamiento en su mayor parte es inconsciente y que los conceptos abstractos son en gran parte metafóricos. Por lo tanto, no es posible ya mantener el dualismo cartesiano, asunto que retomaremos más adelante. Propuestas como esta conducen a la reformulación de la filosofía tanto como de la medicina.

Y es que no solo vivimos en nuestro cuerpo sino que también lo usamos para pensar, es la condición de posibilidad misma del pensamiento. En relación con esto la semántica cognitiva subraya que nuestra experiencia corporal no solo contribuye a configurar nuestra visión de la realidad sino que también entendemos esta realidad gracias a la proyección de nuestros esquemas corporales. Desde la perspectiva de la semántica cognitiva existen una serie de actividades importantes que dependerían del cerebro como entidad incluida en un cuerpo sujeto a ciertas experiencias corporales con la realidad. Ninguna de estas actividades sería explicable de forma satisfactoria desde un enfoque que olvide lo corporal. Es posible destacar entre estas actividades, por ejemplo, el atribuir la verticalidad

[Escriba aquí]

arriba-abajo; el distinguir entre el interior y el exterior en un cuerpo con la piel como límite, el dividir el mundo entre objetos y acciones o el atribuir propósitos a los agentes. La experiencia corporal común explicaría, por ejemplo, el que haya ciertos esquemas metafóricos comunes a culturas distintas. Por supuesto estamos aquí hablando del cuerpo (leib) vivido, del cuerpo en el que es posible una experiencia significada, orientada, padecida.

Es preciso entonces reconocer la importancia de lo corporal en lo mental y viceversa y, en esta medida también la imposibilidad de separar ambos dominios. Asumir estos planteamientos supone mirar la realidad desde una óptica nueva.

Es, en el marco de lo dicho hasta el momento, un principio fundamental de esta concepción de la medicina y de una patología como la que se propone el autor, el estudio del enfermo como una unidad, como un todo, y al defender este extremo se hace especial énfasis en el aspecto psicológico del enfermo, elemento fundamental por cuanto se trata de un hombre afecto de enfermedad, hombre que la medicina científico-natural, con sus indagaciones fisiopatológicas, etiopatogénicas, metabólicas y organicistas, tenía sumamente olvidado. Debe insistirse aquí en que el aspecto psicológico que interesa considerar en el hombre-enfermo no es solo el puramente causal o de motivación, que ha propagado, la medicina psicosomática, sino también —y esto es más importante para el médico en el amplio sentido de la palabra— el consecutivo a la enfermedad. La enfermedad podrá tener un origen psíquico primario más o menos directo, más o menos claro, pero lo que tiene siempre inevitablemente es una repercusión psíquica evidente, de mayor o menor consideración, que es de grave incumbencia del médico considerar, ponderar y tratar.

La necesidad del estudio detenido del paciente se nos aparece clara. El conocimiento de la enfermedad que aqueja al enfermo será siempre un conocimiento frío y ajeno a la realidad si no entrevemos qué dotación personal o humana interviene en esa entidad “hombre-enfermo”. Hemos dicho: lo real es lo imposible y estamos inmersos en los múltiples juegos de realización que trae consigo la enfermedad, ese ruido que ella misma representa en tanto que intercepta un funcionamiento, interfiere los mensajes en los circuitos del organismo parasitando su circulación ordinaria. Tenemos el dolor y el grito, la angustia y el alarido que

[Escriba aquí]

no son otra cosa sino traducciones diversas de esos numerosos ruidos (Serres, 2015, p, 321). Ya no el silencio de los órganos, sino el ruido de la enfermedad, de esa desviación que no solo es funcional, también es orgánica y en tanto que orgánica es también funcional y por supuesto también psíquica. Alteraciones, desviaciones, algunas mínimas, otras radicales, pero sin duda en cualquier caso presuponen un orden nuevo que ruega a la terapia ser el guía en el proceso de adaptación. El médico traduce los ruidos, la enfermedad es un operador, una relación, el enfermo el huésped, el paciente.

Es en ello en que radica la importancia de conocer la biografía del enfermo, su personalidad, sus modos de reaccionar, qué acontecer psíquico puede haber incidido en el desencadenamiento de su afección somática y cómo reaccionó su personalidad toda a esta incidencia patológica. Aun cuando la reacción psíquica parezca normal, como ocurre en la mayoría de los casos, no debe el médico evadir su identificación y análisis, puesto que se trata de un elemento más en el complejo hombre-enfermedad. Puede objetarse, sin duda, que una conjuntivitis puede ser tratada, por ejemplo, sin que el médico tenga que preocuparse del estado psíquico del paciente. Esto es cierto solo a medias, puesto que todo paciente, por muy concreta, objetiva, leve y delimitada que sea su enfermedad, no solo la padece sino que se siente a sí mismo enfermo. Y es frecuente que se “sienta” más enfermo de lo que en realidad lo “esté”. Sin embargo, en cuanto este se acerca al médico para que le ayude, da a entender de forma tácita que su leve alteración le afecta psíquicamente lo suficiente como para buscar este auxilio. La misma expresión lingüística de “paciente” encierra en sí todo un significado metafísico, si se quiere, de ser que sufre con paciencia (que indica un componente psíquico) una determinada enfermedad, dolencia o malestar. En este sentido, podemos afirmar que es más importante conocer al enfermo que padece la enfermedad, que conocer la enfermedad que el enfermo padece. Se impone, pues, establecer la diferencia conceptual que existe entre los términos “enfermedad” y “enfermar”. De manera que, la “enfermedad” se nos aparece como una especie de abstracción conceptual de una realidad, y el “enfermar” como modo de vivenciar, saber y hacer la propia alteración que padecemos. Y esto último ocurre siempre y solamente, en el hombre; el hombre enferma mientras que al animal sobrevienen las enfermedades, diferencia esencial entre dos órdenes de patologías: la biológica y la antropológica. Nos

[Escriba aquí]

interesa entonces el cómo y de qué manera participa el yo como sujeto en su propio enfermar: es decir, el cómo vive su enfermedad. En resumen, pues, ante todo paciente nos enfrentamos con dos elementos: hombre y enfermedad. No es válido por consiguiente en el actuar médico atender a una, aunque sea con extrema corrección científica, y olvidar o menospreciar la otra. Es cierto que en múltiples ocasiones la afectación humana o personal es más la de estar-enfermo —fría, objetiva, indiferente— que la de sentirse -enfermo —hipocondríaca y desmesurada—, pero eso no autoriza a considerar *a priori* en un enfermo como carente de interés médico la repercusión psíquica y evadir por tanto su indagación, que, aunque solo sea por interés diagnóstico, debe ser realizada, puesto que además ello siempre encierra en sí un valor psicoterapéutico importante, en cuanto que supone interés, comprensión y deseo de ayuda, tanto como la mera pregunta “¿Cómo soporta ud. su enfermedad?”.

Ahora bien, en este camino debemos revisar las premisas médicas a partir de las cuales se ha intentado explicar y tratar la enfermedad bajo supuestos puramente mecanicistas, fisicalistas, funcionales y orgánicos que han tenido como antecedente además la comprensión escindida del hombre; “El propósito de presentar un proyecto de una nueva antropología médica, por lo tanto, solo se puede concretar si se someten a una crítica los conceptos fundamentales que se han utilizado hasta ahora, es decir, no tomándolos como hechos sino investigando también su origen a partir de la motivación y del fin” (Weizsacker, 2005, 174).

1. El dúo de la Tos

La del 32 y el del 36 inmersos en el vago consuelo de la tos nocturna, teoría de la vida, en vez de simple fisicalismo, la vida, la contradicción, el fracaso o la abstracción y la imagen intencionalmente falsa de la realidad. Nuestro autor se debate en el examen que una teoría de la enfermedad como la que se propone le impone. El análisis busca entonces la consolidación de una biología del sujeto anclada a su condición pática.

Uno de los principales problemas del proceder mecanicista de la medicina y de la fisiopatología tradicional y su método clínico anatómico, descansa en su noción demasiado

[Escriba aquí]

estrecha de “función”. Muchas funciones orgánicas son el producto, no solo de un tejido en particular sino, más bien, de la interacción entre una variedad de tejidos. De ahí que, como dice el autor, la digestión no es una función exclusiva del estómago. Es engañoso decir que la digestión es “producida” por el estómago, al igual que sería engañoso decir que es producida por el hígado, el páncreas y el intestino (por mencionar solo unos pocos de los otros órganos que intervienen en la digestión). Todas estas estructuras juntas realizan la compleja función de la digestión. Esto es propiamente lo que posteriormente Luria denominará: sistema funcional. Y ese principio es aplicable a otras funciones complejas como la respiración que resulta de una interacción entre los pulmones, la musculatura intercostal, los procesos circulatorios cardiovasculares y los mecanismos de control nervioso entre otros.

Algo similar sucede con la organización neurológica de las funciones mentales, que es igualmente compleja; aquí no hay “centros” neuroanatómicos para las funciones psicológicas de la mente. Las funciones mentales, también, son producto de sistemas complejos, cuyas partes pueden estar distribuidas en todas las estructuras del cerebro. De ahí que la “tarea” de la neurociencia no sea localizar “centros”, sino, más bien, identificar los componentes de los diversos sistemas complejos que interactúan para generar las funciones mentales, que es lo que ahora se conoce como “localización dinámica”. La comprensión de esta interconexión implica por supuesto identificar no tanto las leyes, como las variaciones: “La estructura anatómica, la función fisiológica, no contienen solo leyes naturales, sino que muestran una variedad contingente y también a ella se deberán enlazar las especificaciones y las variaciones” (Weizsacker, 2005, p, 176).

El problema clásico psique -soma ha sido redefinido en múltiples ocasiones, principalmente por neurocientíficos, psicólogos, y filósofos, como el problema de la conciencia. Sin entrar en las honduras de este problema ampliamente refutado por Freud y su idea de la mente inconsciente, es preciso resaltar esa particular propiedad de la conciencia de ser normalmente una experiencia unificada. Esto quiere decir que cada uno de nosotros tiene la impresión de ser una sola entidad, que experimenta el mundo perceptivo integrado en ese momento específico. Soy yo el que está examinando la escena frente a mí ahora. Soy el

[Escriba aquí]

punto de referencia que unifica todos los objetos que veo dispersos ante mí. También me parece que los objetos existen en un campo unificado de espacio y tiempo. El cómo toda esta información se reúne para formar una experiencia unificada de conciencia es el problema de la interconexión. Y frente a este asunto la medicina ha tratado de encontrar las estructuras anatómicas que reciben información de todos los diversos módulos del procesamiento perceptivo llegando así a proponer que lo que liga nuestras percepciones internas entre sí es el hecho de que estén apoyadas en nuestras percepciones internas, las cuales a su vez, son percepciones de nuestros cuerpos (Leib). Es el hecho de que cada uno de nosotros existe en un único cuerpo, por lo tanto, lo que en últimas liga nuestra conciencia.

Justamente, en el caso de la enfermedad, cuando hablamos del contenido de la conciencia, y esta no solo refleja cambios concretos en el mundo externo, sino además la actividad del pensamiento (imágenes generadas internamente), así como también las fluctuaciones en el estado de conciencia responden no solo a circunstancias viscerales reales (por ejemplo, el aumento de azúcar en la sangre) sino además a cambios en las redes que representan estas funciones, sin importar cuál pudiera ser la causa de esos cambios. El estado consciente es generado por el cuerpo “virtual”. Dicho de otro modo, estas estructuras no solo perciben la información proveniente de los mundos externo e interno, respectivamente, sino que también actúan sobre esa información y por lo tanto modifican sus fuentes. El estado de conciencia significa y representa algo; a uno, la encarnación más básica del ser y más aún, representa el estado de ese ser. Este estado es pleno de significado y sentimiento, siendo por ello el fundamento del significado y del sentimiento personal que representa nuestro ser y cómo nos va, cómo nos sentimos y cómo nos enfrentamos a esta circunstancia que nos agota y transforma, que nos roba el aliento, llama a la muerte y se anula cuando la monótona repetición de un complejo proceso deja de ser posible.

La tos, la respiración entre-cortada, el delirio de un sueño febril, los ecos de la tos, el contagio. La enfermedad se cierne sobre nuestras cabezas y nos une en la falta de aliento común. El dúo se ha convertido en concierto a través del cual parecemos comunicarnos, ya no con las palabras, tan solo el ruido y las intermitencias de la muerte. Como en el cuento de Leopoldo Alas, nos convertimos en tísicos románticos que en su extrema soledad y

[Escriba aquí]

aislamiento, sueñan entre sí buscando el consuelo, la compañía y la comprensión. Especulación y experiencia, la vida que trasciende, la vida que nos fue dada por el soplo y que se nos escapa de la misma forma. El enfermo, no solo la enfermedad, la limitación, la restricción. ¿qué es pues la enfermedad más allá de sus víctimas?

2. La flor negra de la enfermedad: la ruptura mas no la escisión

¿Qué es eso de lo que no puedo desprenderme? Ya no mi cuerpo, tan solo un despojo, un accidente, el azar, el destino tal vez. La enfermedad, la conmoción, la muerte; hablar para no morir.

En principio parece evidente que conocemos con nuestro cuerpo y gracias a nuestro cuerpo y desde pequeños se nos enseñan cuáles son los sentidos fundamentales y de qué nos informan la vista, el tacto, el olfato, etc. Sin embargo, a pesar de la evidencia de esta realidad, durante siglos gran parte de la filosofía ha vivido totalmente a espaldas de esta cuestión. La escisión cartesiana entre la *res cogitans* y la *res extensa* –sin duda apoyada por toda una tradición cultural coincidente– desgraciadamente tuvo una inmensa fortuna y todavía somos en cierto modo herederos de esta visión quebrada de la realidad. Parece que solo hay dos sentidos del vocablo existir: o se existe como cosa o se existe como conciencia y entre ambas formas de existencia parece que no hay posible comunicación. Puedo tener absoluta certeza de mi existencia como “cosa que piensa”, ahora bien, eso no me permite decir nada acerca de mi corporalidad (Descartes 1999 (1637):93). Mi existencia como cosa que piensa se me muestra como una verdad clara y distinta mientras que el cuerpo queda atrapado en el horizonte brumoso de lo dudable. Lo que conocemos de forma clara y distinta es así la estructura de nuestra mente y no nuestra corporalidad. Así pues mente y conocimiento, por un lado, cuerpo y percepción, por otro, se presentan como realidades independientes que sólo entrarían en comunión gracias a una misteriosa glándula pineal. Nos encontramos ante el reiterado problema de ¿cómo puedo saber que los objetos que están fuera coinciden con las impresiones o las ideas que están dentro? ¿Cómo puedo saltar de lo subjetivo a lo objetivo? ¿Es posible ir más allá del teatro cartesiano?. Romper con esta

[Escriba aquí]

dicotomía es fundamental y sin embargo tomó mucho tiempo para que esto sucediera. Desde el ámbito de la neurobiología tanto Damasio con “El error de Descartes” (1996) como Llinás con “El mito del yo” (2003) apelan a la necesidad de superar este dualismo para poder abordar la naturaleza neurobiológica de la mente. Es preciso enfrentarnos a la cuestión desde una perspectiva donde el cerebro y la mente son eventos inseparables. Los procesos mentales son procesos cerebrales. Tenemos que liberarnos del “error de Descartes” que según Damasio tanto daño nos ha hecho. ¿Cuál fue según este neurobiólogo la terrible equivocación de Descartes?:

“(…) la separación abismal entre el cuerpo y la mente, entre el material del que está hecho el cuerpo, medible, dimensionado, operado mecánicamente, infinitamente divisible, por un lado, y la esencia de la mente, que no se puede medir, no tiene dimensiones, es asimétrica, no divisible; la sugerencia de que el razonamiento, el juicio moral y el sufrimiento que proviene del dolor físico o de la conmoción emocional pueden existir separados del cuerpo. Más específicamente: que las operaciones más refinadas de la mente están separadas de la estructura y funcionamiento de un organismo biológico” (Damasio, 1996, 230)

Entre mente y realidad se abre a partir de Descartes una brecha que ha pesado sobre toda la historia de la filosofía posterior. Superar –si es que está superado– el dualismo cartesiano no ha sido tarea fácil; nuestra ciencia y nuestra filosofía –dirá Merleau-Ponty– son dos continuaciones fieles e infieles del cartesianismo, dos monstruos nacidos de su desmembramiento (Merleau-Ponty, 1977 (1961), 43). En algunas metáforas que resultan muy actuales y modernas resuenan ecos del planteamiento cartesiano. Es el caso por ejemplo, de la metáfora que presenta al cerebro como el hardware y a la mente como el software. Así los procesos cognitivos se conciben como análogos al programa y a las funciones software del ordenador, mientras que el cerebro sería análogo al hardware del sistema. Esta metáfora, según Llinás, resulta totalmente inadecuada porque olvida que la mente coincide con los estados funcionales del cerebro: “el hardware y el software se entrelazan en unidades funcionales, que no son otra cosa que neuronas” (Llinás, 2003, 3). Así pues, frente a los planteamientos dualistas, se trata de recuperar el cuerpo en estrecha comunión con la mente. Nos guste o no hay que mirar hacia el cerebro para entender el dolor y la felicidad. La presencia del cuerpo es tan familiar que ni siquiera le prestamos atención pero eso no significa que no sea fundamental para entender cómo captamos y pensamos la realidad. Cabe aclarar que esto no implica una reducción anatómico-fisiológica, sino más bien, una reivindicación de la unidad formal que representa lo

[Escriba aquí]

humano, de ahí el continuo tránsito entre el cuerpo y la mente, entre el proceder médico y el psicoanalítico.

Es por ello que el autor afirma que “algo local y algo imposible de localizar se requieren mutuamente” (Weizsacker, 2005p,184). Sería un grave error pensar que la ciencia médica puede entonces desenvolverse sin el psicoanálisis. Si el psicoanálisis y la neurociencia cognoscitiva estudian lo mismo, y las conclusiones de esta son mucho más confiables, entonces ¿para qué necesitamos el psicoanálisis? La respuesta es que el psicoanálisis nos permite acceder a las funciones internas del aparato mental que no se pueden estudiar -no se pueden ver- desde una perspectiva objetiva. Los sentimientos son el ejemplo perfecto; aunque no podemos verlos, es indudable que existen, son parte de la naturaleza. Y como tales, ejercen efectos en las otras partes de la naturaleza, incluidas aquellas que se pueden ver con facilidad. De allí toda la agonía mente-cuerpo. ¿cómo puede algo inmaterial afectar algo material, a menos que sea real? La respuesta es obvia, es real, en tanto que realidad no es sinónimo de visibilidad.

Una ciencia que busca comprender al ser humano como parte de la naturaleza que es, estaría seriamente desorientada si no tuviera en cuenta los sentimientos que forman parte de nuestra vida interior: lo que escogemos, lo que hacemos, la manera como nos comportamos, quiénes somos. El mundo interior de la experiencia subjetiva, como nosotros la experimentamos, es tan real como lo son las mesas y las peras.

Nuestra condición pática particular y extravagante delata nuestra diferencia y condición trágica si se quiere: la enfermedad vivida, significada, padecida. La enfermedad que precipita todos nuestros yoes en un abismo insondable, profundo que nos conduce a su vez, hacia una nueva narrativa, una nueva situación existencial, un nuevo paisaje. Solo nosotros enfermamos, solo nosotros podemos entonces despeñarnos por las frases de una vida narrada, golpeándonos con cada uno de sus accidentes gramaticales hasta caer, con las piernas rotas, en una sima a la que no llega servicio de salvamento alguno, ese hecho, nos deja tan solos. Somos solo nosotros en una partida de ajedrez contra la muerte y ya sabemos que solo ella puede ganar. Escribir para no morir decía Blanchot, hablar para no

[Escriba aquí]

morir, narrarse a través de las metáforas hacia las que la enfermedad nos conduce de manera que podamos enfermar o morir con estilo. Dialogar ¿con quién? ¿quién puede ser aquel interlocutor adecuado en tan radical empresa? El médico entonces tiene un reto, el de convertirse en Virgilio, no solo la cura, más bien el camino para que entonces pueda Adán cantar: «¿Dónde está, oh muerte, tu aguijón? ¿Dónde, oh sepulcro, tu victoria?» (Corintios 15:55-57).

[Escriba aquí]