

Luis Chiozza

HIPERTENSIÓN
¿Soy, o estoy, hipertenso?

A mis pacientes,
compañeros en la mayor parte
de las horas de mi vida

PRÓLOGO

En 1986, en la primera edición de ¿Por qué enfermamos?, comenzaba diciendo que: Todo médico necesita y debe hablar de lo que ve en sus enfermos. Es algo que duele no decir... y es además una deuda... pero "cómo decir" ha sido siempre el principal problema de toda convivencia, y cada nuevo intento no es más, ni es menos, que una nueva esperanza... Hoy, 25 años después, sigo sintiendo esa necesidad, ese deber, y esa esperanza de encontrar "la forma"; y este libro sobre la hipertensión es también un producto de ese compromiso. Fue escrito para los colegas cuya vocación los inclina hacia el ejercicio de una actividad médica, independientemente de que su formación provenga de una escuela de medicina o de psicología. Pero también para las personas que, sin ninguna formación en esas disciplinas, sienten la curiosidad y el deseo de comprender cuales son los avatares de la vida que conducen a la enfermedad. La consiguiente obligación de escribir de un modo comprensible (facilitada sin lugar a dudas por la decisión editorial de incluir un glosario) me condujo a la necesidad de exponer y fundamentar conceptos generales que trascienden el caso particular de la hipertensión arterial y pueden aplicarse a la comprensión de otras enfermedades.

Es comprensible que las investigaciones realizadas sobre el significado inconsciente de los trastornos que afectan a la estructura y al funcionamiento del cuerpo, atrapadas por su interés principal, no siempre dediquen suficiente espacio a la exposición y discusión de los conceptos, muchas veces polémicos, que fundamentan los hallazgos de la patología y de la clínica médicas. Esto suele conducir a que, vistas desde afuera de la disciplina psicoanalítica, se tienda a contemplar sus conclusiones como un punto de vista parcial e incompleto, entre tantos posibles, acerca de la enfermedad que se investiga. Por este motivo he dedicado los primeros cinco capítulos de este libro, que incluye entre sus destinatarios a lectores que no son médicos ni psicoterapeutas, a "llenar el hueco" dejado por esa omisión frecuente. No he pretendido realizar una exposición completa, que quedaría fuera del ámbito de mi competencia y del propósito de este libro, de los conocimientos y la experiencia acumulados por la patología y la clínica médicas acerca de la hipertensión arterial. Esos cinco capítulos

obedecen a la necesidad de subrayar, tanto en los fundamentos, como en las conclusiones actuales, algunos puntos claros y algunos puntos oscuros.

No es difícil comprender que el intento de curar una enfermedad del cuerpo (o de cambiar los rasgos del carácter) durante el tiempo en que se tarda en leer un libro que expone sus significados inconscientes, tiene posibilidades de éxito parecidas a las de pretender tocar el violín limitándose a la lectura de un manual de instrucciones. No podemos dejar de recordar aquí las palabras de Hamlet: Tapa estos agujeros con los dedos y el pulgar, dale aliento con la boca y emitirá una música muy elocuente [...] Vaya, mira en qué poco me tienes [...] quieres arrancarme el corazón de mi secreto [...] y, habiendo tanta música y tan buen sonido en este corto instrumento, no sabes hacerle hablar [...] ¿Crees que yo soy más fácil de tocar que esta flauta? Este libro no fue escrito, por lo tanto, con el propósito ingenuo de que constituya una ayuda suficiente para “superar” la hipertensión. Freud, sin embargo, se ocupó de señalar que “a la larga”, lo intelectual también es un poder, queriendo subrayar con esto que, desde una convicción del intelecto, puede surgir la determinación que conduce a recorrer el pedregoso camino de una transformación profunda. Podemos decir entonces que, en íntimo acuerdo con esas palabras de Freud, las páginas que siguen se proponen contribuir a que la hipertensión arterial pueda ser contemplada en un panorama más amplio que ofrece posibilidades distintas.

El hábito psicoanalítico que conduce a prestar atención a las sutilezas del lenguaje verbal es una fuente inagotable que enriquece permanentemente la comprensión del significado que asignamos a las experiencias que vivimos. Vale la pena reparar en las expresiones lingüísticas que los médicos utilizamos frecuentemente cuando hablamos de los acontecimientos patológicos. Solemos decir, por ejemplo, que un enfermo “hizo” una complicación, un forúnculo o una tuberculosis, pero es más difícil que digamos que hizo una dificultad respiratoria o una varicela. En esas expresiones habituales se esconde una implícita “teoría” acerca del origen de la enfermedad que se menciona. También decimos de algunos pacientes, gracias a una sutileza del idioma castellano de la cual carecen otras lenguas, que “son” diabéticos, y de otros que “están” con una insuficiencia cardíaca, o simplemente resfriados, y allí lo que se afirma es la diferencia entre un estado que se considera permanente y otro transitorio. Dado que el diagnóstico de hipertensión en un paciente conduce habitualmente a que se afirme que “es” hipertenso, la pregunta

¿Soy, o estoy, hipertenso?, que constituye el subtítulo de este libro, sugiere examinar la idea de que el diagnóstico de hipertensión descubre, en todos los casos, un modo de “ser” que durará toda la vida.

*Luis Chiozza
Abril de 2011*

ÍNDICE

Prólogo

CAP I

LA ENFERMEDAD SILENCIOSA

Una ingrata noticia

¿Qué es la hipertensión?

¿Cuáles son las consecuencias de la enfermedad hipertensiva?

¿La hipertensión se cura?

CAP II

LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

El nacimiento de la hipertensión esencial como entidad nosológica

Acerca de los factores que condicionan su desarrollo

La evolución de la hipertensión esencial

CAP III

LOS ALCANCES DEL CONOCIMIENTO ESTADÍSTICO

Casuística y estadística

Una relación estadísticamente predominante no implica una relación causal

La acumulación de casos implica la homologación de variables distintas

La probabilidad estadística rige para una población y no para un particular individuo

CAP. IV

LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESIÓN ARTERIAL

Acerca de causas, mecanismos y factores

La influencia del sistema nervioso autónomo

La importancia de la función renal

La influencia de factores hormonales

La influencia de la función vascular

La influencia de los trastornos metabólicos

En síntesis

CAP V

EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Evaluación y diagnóstico de la hipertensión arterial

Prescripciones que se refieren al estilo de vida

La prescripción de fármacos en la hipertensión esencial

Algunas dificultades frecuentes

CAP VI

¿ENFERMEDAD DE ALGO O ENFERMEDAD DE ALGUIEN?

Acerca de lo físico y lo psíquico

Acerca de causas y de finalidades

Una parte del alma que permanece inconsciente

CAP VII

EL SIGNIFICADO INCONSCIENTE DE LA HIPERTENSIÓN

Acerca de la relación entre el cuerpo y el alma

La hipertensión como expresión de un conflicto inconsciente

CAP VIII

EL SIGNIFICADO INCONSCIENTE ESPECÍFICO DE LA HIPERTENSIÓN

Las distintas “formas” de la especificidad

La dependencia de la asistencia ajena y la autoestima

Acerca de merecer el suministro y de la prodigalidad

Los cambios físicos que son propios del enojo y de la ira

Entre la indignidad y la indignación

En síntesis

CAP IX

UNA HISTORIA QUE TRANSCURRE ENTRE LA INDIGNIDAD Y LA INDIGNACIÓN

CAP X

¿QUÉ PUEDE LOGRAR LA PSICOTERAPIA DEL PACIENTE HIPERTENSO?

La incidencia del factor emocional

¿La hipertensión se cura?

¿Qué nos ofrece la psicoterapia?

Ventajas e inconvenientes de un estudio patobiográfico

CAP XI**UN FERIADO PARTICULAR****Gianni****El arreglo****Marina y... la tía María****Tuvo algunas simpatías pero no llegó a nada****Estoy en una situación****La cena****Cuando lo que se añora predomina****El almuerzo****CAP XII****LAS HUELLAS TENUES DE UNA INDIGNACIÓN AUSENTE****La indignidad de Gianni****Los indicios de una indignación que no se desarrolla****El reflejo de nuestro protagonista en su propia galería de espejos**

CAP. I

LA ENFERMEDAD SILENCIOSA

Una ingrata noticia

Pedro está sentado en la mesa del bar y, malhumorado, piensa que cuando termine de tomarse el café cruzará la calle y comprará el remedio que le recetó Palombo. Acaba de cumplir cincuenta y siete años y ha visitado a su oculista para ajustar sus anteojos, porque, otra vez, cuando la letra es chica, tiene que alejar el libro para poder leer. Hace ya unos años en que tuvo que comenzar a usarlos para ver bien de cerca, por la **presbicia** que, según le han dicho, ocurre normalmente con la edad, y que, hasta que se estabilice, suele acrecentarse con los años. Son cosas de la edad, y hay que aceptarlas, pero no es lo mismo que sentirse enfermo. Siempre se ha sentido sano. Viviendo, comiendo y durmiendo bien, sin achaques ni trastornos que lo obligaran a tomar medicamentos. Es cierto que últimamente ha dejado casi completamente los deportes que siempre ha practicado y ha engordado algunos kilos, pero ese sobrepeso no alcanza para que haya dejado de sentirse en forma.

García es un buen oftalmólogo, y además de cambiarle la graduación de los lentes, durante la consulta le examinó los ojos. Fue entonces, cuando ya se despedían, que le preguntó si hacía mucho que no se tomaba la presión sanguínea. García no podía estar seguro, porque lo que observaba en el fondo de ojo era muy leve y tal vez no fuera un indicio de hipertensión arterial, pero era conveniente que lo consultara con su clínico. Tres días más tarde, cuando salió de la consulta con Palombo, todo había cambiado. Tenía, (sin duda porque se la midió tres veces) 15,6 de máxima y 9,5 de mínima. Una hipertensión leve, le había dicho Palombo, pero debía evitar la vida sedentaria, moverse un poco más, disminuir la ingesta de sal en lo posible y tomar todos los días un comprimido que lo ayudaría a bajar su presión sanguínea, porque la hipertensión, aunque no se traduzca en síntomas (insistió especialmente en ese punto) es un enemigo solapado que aumenta mucho el riesgo de sufrir enfermedades graves.

Palombo le había dicho que necesitaba emprender un tratamiento y controlarse periódicamente la presión sanguínea, pero ahora, mientras

piensa que cruzará la calle y entrará en la farmacia, Pedro siente que también necesita saber cómo es la enfermedad que le han diagnosticado. Su mente se llenó de preguntas. ¿Qué podía esperar de su futuro? ¿Es una enfermedad que se cura? ¿Le sucedería tal vez como a su madre, que después de un ataque empezó a arrastrar la pierna y ya no fue la misma de antes? ¿O como a su tío, que empezó a sufrir de los riñones y le subió la urea? La hipertensión que le habían encontrado... ¿Era una herencia de familia? ¿Qué le había dicho Palombo? Que “agarrándola a tiempo” no había peligro. Pero tal vez no había querido que se quedara intranquilo. Además le había dicho que era importante que se controlara, que se cuidara, que llevara una vida sana... ¡Y que no dejara de tomar las pastillas! Pero entonces la vida que llevaba no era “sana”... ¿Podría alguna vez, volver a estar como antes? ¿O debería resignarse a tener que luchar, siempre, por el resto de su vida, con esa enfermedad?

¿Qué es la hipertensión?

El aumento de la presión de la sangre en las arterias más allá de los límites y de las variaciones que se consideran normales, es lo que se denomina hipertensión. Si bien la hipertensión puede ser una consecuencia “secundaria” de otra alteración del organismo, como, por ejemplo, una enfermedad renal o un trastorno **endócrino**, esto ocurre solamente en el 5% o en el 10% de los casos. La inmensa mayoría (el 90% o el 95%) de los pacientes en los cuales se registra una elevación habitual de la presión sanguínea, reciben, como ocurrió con Pedro, el diagnóstico de hipertensión “primaria” o “esencial”. La medicina usa palabras como “esencial” o “idiopático” para referirse a procesos patológicos que se manifiestan como alteraciones “típicas”, que ha aprendido a identificar por la forma en que frecuentemente evolucionan, y acerca de los que dispone de algunas posibilidades en cuanto al tratamiento, pero cuyo origen (su **etiología**) ignora.

La hipertensión esencial es extraordinariamente frecuente. Hart y Bakris¹ consignan que afecta a más del 29 % de los adultos americanos (lo cual implica no menos que unos setenta millones de personas) y que es el motivo más frecuente de las consultas médicas en los EE. UU. Kaplan y Victor² afirman que el porcentaje de personas con hipertensión esencial

¹ Hart y Bakris, *Nephrology and Hypertension*, Lerma, Berns y Nissenson, Lange Medical Books, Mc Graw Hill, 2009.

² Kaplan y Victor, *Kaplan's Clínica Hypertension*, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

aumenta significativamente con la edad y se ha incrementado en los últimos diez años. Claudio Majul³ consigna que entre las personas mayores de 65 años la cantidad de hipertensos alcanza al 70%. Samuel Mann⁴ señala que, de acuerdo con los hallazgos del *National Health and Nutritional Examination survey*, sólo el 69% de las personas a las cuales se les encuentra una hipertensión arterial, eran previamente conscientes de su condición, y que sólo el 27 % de los casos tratados logran normalizar su tensión.

El médico durante su examen clínico, o a través de medios auxiliares como radiografías o análisis de laboratorio, percibe signos que, gracias a sus conocimientos, puede interpretar como indicadores de una alteración en la función o en la estructura del organismo que examina. A veces esos signos son suficientes para diagnosticar una particular enfermedad, pero lo más frecuente es que, para completar el diagnóstico, necesite interrogar al paciente acerca de sus síntomas. Las enfermedades suelen producir síntomas. Los síntomas no son algo que el médico puede percibir examinando al enfermo. A lo sumo puede suponerlos; sea mediante los signos que percibe, o sea porque sabe que es frecuente que acompañen a la alteración que diagnostica. Los síntomas son molestias o trastornos que el paciente “siente” (a través de **sensaciones propioceptivas** o **interoceptivas**) y que el médico sólo puede conocer cuando escucha su relato.

El aumento de la presión sanguínea es un signo que el médico de antaño percibía de un modo aproximado en el pulso del enfermo y que hoy se registra mediante el aparato que se denomina esfigmomanómetro. Como le ha sucedido a Pedro, el paciente con el cual iniciamos este capítulo para exponer una de las formas típicas en que se la descubre, (es decir, como “enfermedad silenciosa”) la hipertensión arterial, especialmente en sus fases iniciales, no suele acompañarse de síntomas, y cuando sí aparecen, como sucede por ejemplo con los dolores de cabeza, (y también con las hemorragias nasales, los zumbidos en los oídos, o los mareos) que a veces la acompañan, cabe señalar que, tal como ha sido subrayado por diversos autores, no son más frecuentes entre los hipertensos, de modo que no puede asegurarse (y en rigor de verdad nada induce a suponer) que sean una consecuencia de la hipertensión arterial.

³ Claudio Majul, “Normativas de la medición de la presión arterial” en Esper, Kotliar, Barontini y Forcada, *Tratado de mecánica vascular e hipertensión arterial*, Editorial Intermédica, Bs. As. 2010.

⁴ Samuel Mann, *Healing Hypertension*, John Wiley & Sons, Inc. 1999.

El diagnóstico de la mayoría de las enfermedades se realiza mediante el reconocimiento de un conjunto de signos y síntomas que “marchan juntos” constituyendo lo que la medicina denomina un síndrome. El diagnóstico de la hipertensión esencial en sus fases iniciales, en cambio, se basa en la constatación de un solo signo, el aumento de la tensión arterial, unido a la ausencia de los elementos que permitirían afirmar que se trata de una hipertensión secundaria. El hecho de que el diagnóstico de hipertensión arterial dependa del registro de un único signo, es lo que ha conducido al gran clínico alemán Franz Volhard⁵ a calificar al esfigmomanómetro como un invento diabólico. La medición de la tensión arterial en distintas personas, o en distintos momentos (se trate de diferentes días, horas, estaciones, o durante el sueño, el ejercicio físico, el trabajo mental o distintos estados emocionales) muestra, como es natural, variaciones que pueden considerarse normales, y no ha sido fácil llegar a un acuerdo acerca de cuál es la cifra que permite afirmar que estamos en presencia de un paciente hipertenso. Cuestión especialmente importante ya que, ante la ausencia de lesiones agregadas que puedan atribuirse al trastorno hipertensivo, será el único signo en que se basará el diagnóstico. Es muy significativo el hecho de que los tratados de mayor prestigio, entre los que se han escrito sobre la hipertensión, dedican un espacio importante al tema de cómo debe medirse, detallando condiciones que no siempre son tenidas en cuenta. Kaplan y Victor por ejemplo, le dedican un capítulo con 163 referencias bibliográficas.

Se ha discutido durante mucho tiempo acerca de cuáles son las cifras de una tensión normal. Comencemos por decir que, si bien la media estadística oscila entre 12 y 14 de máxima (120 y 140 mm) y 7 y 9 de mínima (70 y 90 mm), cada sujeto, como sostiene criteriosamente Jiménez Díaz⁶, tiene “su normal”, y algunos que están ligeramente fuera de esas cifras no son por eso menos normales que los que coinciden con las cifras del promedio. Los valores numéricos de la tensión arterial aumentan con la edad, sobre todo después de los cuarenta; son un poco más bajos entre los chinos que entre los occidentales, y también menores entre las personas de **constitución asténica**. También se constatan hipertensiones lábiles, muy influenciadas por los agentes exteriores y otras que se han descrito como paroxísticas en sujetos que experimentan grandes variaciones tensionales. Por último hay quienes consideran que en algunos casos, y especialmente en los pacientes seniles, la hipertensión no

⁵ (1872-1950), citado por Jiménez Díaz en *Lecciones de Patología Médica*. Editorial científico médica, Madrid-Barcelona, 1947.

⁶ Jiménez Díaz, Idem.

sólo se ha vuelto permanente sino que debido a las alteraciones estructurales que la acompañan se ha transformado en necesaria. Se ha sostenido, por ejemplo, que cuando el corazón se contrae y las grandes arterias no se dilatan como antes debido a la pérdida de su elasticidad, que acontece habitualmente con la edad, un cierto aumento de la presión correspondiente (la que se denomina “máxima”) debe considerarse normal. Y de hecho durante años se sostuvo que la máxima era normal cuando su segundo número coincidía con el primero de la edad del paciente, de modo que a una persona de 70 años le correspondía una máxima de 17.

Los conceptos que acabamos de mencionar se conocen desde hace mucho tiempo. En cuanto a la situación actual Majul señala que “El valor numérico de la presión arterial se asocia en forma lineal y continua con el riesgo cardiovascular” y que “El umbral con el cual se hace el diagnóstico y se establece la terapéutica es arbitrario y está basado en una relación costo beneficio que varía según las poblaciones consideradas”. En esa misma línea Rose⁷ afirma que “la definición operacional de la hipertensión es el nivel en el cual el beneficio... de la acción excede al de la inacción”. A despecho de todas estas consideraciones, la necesidad de poder intercambiar experiencias y criterios de acción terapéutica condujo a establecer una cifra definitoria de lo que debe catalogarse como hipertensión arterial. De acuerdo con lo que consignan Kaplan y Weber⁸, “La hipertensión se define por una presión sanguínea máxima (sistólica) igual o mayor de 140 mm Hg, o una mínima (diastólica) igual o mayor de 90 mm Hg, basadas sobre el promedio de dos o más lecturas tomadas en dos o más visitas después de la consulta inicial”. La presión máxima se alcanza cuando la contracción del corazón (sístole) rellena las arterias, y la mínima cuando el corazón se relaja (diástole) entre latido y latido. Es importante señalar que, debido al reconocimiento de la influencia de los factores psíquicos, (que han llevado a caracterizar una hipertensión de “bata blanca” que sólo se registra frente a la presencia del médico) cuando la presión arterial se mide en condiciones que se han denominado “ambulatorias”, es decir fuera de la situación creada por la consulta, las cifras que definen la hipertensión se reducen a 135/85 mm Hg.

De acuerdo con algunos estudios estadísticos que todavía no son concluyentes⁹, no más de un 43% de los pacientes que evidencian una

⁷ Rose, *The Hypertensive Patient* (citado por Kaplan y Victor)

⁸ Kaplan y Weber, *Hypertension Essentials*, Physicians' Press, 2010.

⁹ consignados por Kaplan y Victor.

hipertensión de “bata blanca” llegarán a manifestarse hipertensos en un plazo de diez años. También se ha descrito una hipertensión enmascarada¹⁰ para referirse a un 10% de pacientes que “inversamente” a la hipertensión de “bata blanca”, muestran cifras menores a 140/90 en el consultorio del médico y mayores de 135/85 en mediciones ambulatorias. El *Fifth Joint National Committee Report on the Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* ha clasificado a la hipertensión en tres estadios y establecido su porcentaje dentro de la población de hipertensos: leve, 21% (140-159/90-99), moderada, 35% (160-179/100-109) y severa, 44% (más de 180/más de 110). Cabe agregar además un hecho digno de ser tenido en cuenta, de acuerdo con lo que Samuel Mann consigna existe lo que denomina una “epidemia de sobrediagnóstico”, ya que por lo menos un 25% de las personas a las cuales se les ha diagnosticado una hipertensión no requieren tratamiento y no son hipertensos.

¿Cuáles son las consecuencias de la enfermedad hipertensiva?

De acuerdo con lo que señala Díaz Martínez¹¹, la hipertensión arterial es hoy, por diversas razones, la causa principal de enfermedad y muerte en todo el mundo. Se considera que es el principal factor responsable de los accidentes cerebrovasculares, el segundo factor responsable de los infartos cardíacos, y el tercer factor responsable de la **enfermedad aterosclerótica** obliterante de las extremidades. Se sostiene que hay una correlación entre la presión arterial y el riesgo de padecer un accidente **isquémico** vascular (sea cerebral, cardíaco o renal), y que dicha correlación es positiva y continua para todos los valores de presión arterial, es decir que no existe un “nivel de tensión” específico a partir del cual “comienza” la posibilidad de sufrir el episodio isquémico.

Kaplan y Victor señalan que hay un acuerdo general en afirmar que la persistencia prolongada de la hipertensión arterial produce daños en las arterias, en órganos nobles como la **retina**, el riñón, el corazón o el cerebro, y sobrecarga al corazón con un trabajo excesivo. Si bien el conocimiento de los mecanismos funcionales que vinculan la circulación de la sangre con las tareas que se realizan en los distintos órganos permite comprender que un aumento de la tensión sanguínea puede finalizar dañándolos en su estructura, es necesario establecer en este punto algunas precisiones importantes. Aunque, por ejemplo, se acepta que

¹⁰ Kaplan y Victor.

¹¹ Díaz Martínez Javier, “Patogenia de la hipertensión arterial” en Hernando Avendaño *Nefrología clínica*, Editorial médica panamericana, Madrid, 2008.

existe una influencia perjudicial recíproca entre la hipertensión y la **arterioesclerosis**, no siempre se puede establecer, frente a un caso concreto, a cuál de las dos alteraciones cabe atribuirle un valor preponderante como “causa inicial”¹². Si reparamos en que los factores que intervienen en la producción y la evolución de los fenómenos patológicos son múltiples y muy diferentes en sus categorías, se comprende que no es fácil establecer “hasta que punto llega” y “desde donde parte” la hipertensión para producir los daños que la acompañan y que frecuentemente se le atribuyen. Jimenez Diaz, en sus memorables *Lecciones de Patología Médica*, señala que los cuidadosos experimentos realizados por Boehme, en autopsias de enfermos que han muerto como consecuencia de un derrame cerebral, han demostrado que sus arterias cerebrales sanas resistían sin romperse una tensión arterial de ocho a diez veces mayor a la que en vida presentaba el enfermo. Lo cual permite sostener que la hipertensión por sí sola, sin la enfermedad arterial, no puede ser la causa del accidente cerebrovascular. Dado que en la enfermedad de los vasos cerebrales influye el estado de nutrición de las zonas adyacentes, Jiménez Díaz también señala que es necesario ser cauto y evitar en esos enfermos las disminuciones drásticas de la tensión arterial.

¿La hipertensión se cura?

Dejaremos abierta esta cuestión, a la cual dedicaremos, en este libro, ulteriores reflexiones, pero comenzaremos por consignar que, de acuerdo con lo que afirman Kaplan y Victor, en la décima edición, publicada en el año 2010, de uno de los textos de referencia más prestigiosos que se han escrito acerca del tema¹³, la hipertensión habitualmente no se cura. Algunos hipertensos que logran perder un exceso considerable de su peso corporal, reducir la ingesta de sodio (o alcohol), y aliviar su estrés, logran que las cifras de su presión arterial vuelvan a los valores normales, y se liberan de este modo de la necesidad de recurrir a fármacos.

¹² Carol Kotliar “¿La hipertensión causa **ateroesclerosis** o viceversa?” en, Esper, Kotliar, Barontini y Forcada, Idem.

¹³ *Kaplan´s Clínica Hypertension*, Idem.

CAP. II

LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

El nacimiento de la hipertensión esencial como **entidad nosológica**

Tal como señala Jiménez Díaz el descubrimiento del esfigmomanómetro condujo, poco a poco, a una cierta idea de lo que debía considerarse una presión arterial normal, cuales podían ser sus normales variaciones, y también a constatar estados de evidente hipertensión “puramente sintomáticas”, como sucedía en las **nefritis**, pero también a encontrarse con otro tipo de enfermos, la mayoría entre los hipertensos, en los cuales la presión arterial elevada se acompañaba con alteraciones renales crónicas, otras veces con hipertrofia cardíaca o, por fin, con manifestaciones de arterioesclerosis. Lentamente va tomando cuerpo la idea de que la hipertensión, en lugar de ser la consecuencia de la lesión renal, de la arterioesclerosis, o de la **hipertrofia** cardíaca, es la condición previa que inicia un círculo vicioso generando una hipertrofia cardíaca compensadora, y que produce en los grandes vasos una arterioesclerosis (llamada arterioesclerosis hipertensiva) y en los vasos pequeños una arterioloesclerosis, una fibrosis arteriolar que, localizándose en diferentes órganos, da lugar a lesiones de la retina, a una **cardioesclerosis**, a fenómenos cerebrales o a trastornos renales. Así nace el concepto de la hipertensión como una enfermedad funcional, una alteración “primaria” de la regulación (disregulación), capaz de producir con los años, en su evolución, numerosas alteraciones estructurales en diferentes órganos. Diferentes investigadores denominan a esta nueva entidad nosológica de diferentes modos: enfermedad hipertensiva, hipertensión esencial, hipertonía habitual o hipertensión arterial solitaria.

Acerca de los factores que condicionan su desarrollo

Ya desde las primeras observaciones se subrayó la importancia de dos tipos de factores en la hipertensión esencial, los constitucionales y los que pasaron a denominarse exteriores. No cabe duda de la influencia que ejerce el factor constitucional, no sólo por que se constata que hay familias en las cuales la enfermedad hipertensiva se repite con una frecuencia mucho mayor que en otras, sino porque en el cuadro clínico de los enfermos con hipertensión esencial (o en ciertos sujetos que todavía no son hipertensos pero que la experiencia permite suponer que muy

probablemente llegarán a serlo), suele presentarse una constelación de características típicas que no son una consecuencia de la hipertensión y que forman parte de aquello que desde antiguo se ha reconocido como “habito”, o “tipo”, constitucional heredado.

El *Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*, en su séptimo informe (2003), califica como prehipertensivos a los pacientes cuyas cifras tensionales oscilan entre 120-139/80-89, las mismas magnitudes que en su sexto informe (1997) había dividido en dos categorías, normal y normal alta. Volveremos más adelante sobre lo que lleva implícito el establecer una categoría denominada “prehipertensión”, pero importa señalar ahora que los antiguos criterios para referirse a un “estado prehipertensivo” no se basaban en las cifras de la tensión arterial, sino en la identificación de ciertas características que definían, especialmente durante la edad juvenil, el “tipo” constitucional heredado. Entre esas características se destacaron un estado de hipotonía generalizado que se manifiesta en una cierta “debilidad” vascular con tendencia a frecuentes jaquecas, con cambios “fáciles” en el color de la cara, o en la circulación capilar (reconocibles en los labios, en las mucosas, en el borde de las uñas o, inclusive, en el fenómeno que se denomina **dermografismo**) extremidades frías, manos a menudo húmedas y sudorosas (**acrocianosis**), y tendencia a las presiones arteriales bajas, formando parte de un cuadro bien conocido que recibió distintos nombres (**labilidad vegetativa, astenia neurocirculatoria, diátesis angioneurótica, neurodistonía vegetativa**). Es frecuente encontrar, en estos pacientes, **extrasístoles**, tendencia a la percepción consciente del latido cardíaco (palpitaciones), al aumento de su frecuencia (taquicardia) y a sensaciones penosas de angustia, de opresión y de dificultad respiratoria, un conjunto de trastornos que, años atrás, daba lugar al diagnóstico de “un corazón irritable”.

Demás está decir que todos estos signos y síntomas han sido interpretados como estigmas, ya que la medicina denomina estigma a una lesión orgánica o un trastorno funcional que indica una enfermedad constitucional y hereditaria. Sin embargo, si bien los mencionados estigmas han sido considerados como índices de un “estado prehipertensivo” porque forman parte de una constelación que precede frecuentemente al desarrollo de una enfermedad hipertensiva, no pueden ser interpretados ni como causa ni como consecuencia de la hipertensión y, además, es necesario tener en cuenta que muchas veces se presentan

en pacientes que no llegarán a ser hipertensos. Por este motivo se ha sostenido que la hipertensión en sí misma, como signo, es un estigma de un determinado hábito constitucional, caracterizado por el conjunto de signos y síntomas que ya mencionamos, que deben ser interpretados como **coestigmas**, ya que interpretar todo el cuadro clínico que esos pacientes presentan como consecuencia de la presión elevada es, tal como afirma Jiménez Díaz, una pretensión ingenua, absolutamente falsa, que conduce hacia una conducta médica perjudicial. También ha sido señalado que frecuentemente llegarán a ser hipertensos individuos con un hábito constitucional distinto, denominado **apoplético**, y caracterizado por tensiones arteriales más elevadas, una complexión corporal robusta, tez rubicunda, temperamento **ciclotímico**, y frecuentes dilataciones en los vasos arteriales pequeños y superficiales que se denominan teleangiectasias.

Se ha insistido en que, dado que la hipertensión es absolutamente rara en la niñez, poco frecuente en la juventud, y se manifiesta en la enorme mayoría de los casos después de los cuarenta años, “algo debe agregarse” a la predisposición hereditaria para que la enfermedad se constituya. El argumento es falaz, porque hay características hereditarias que son evolutivas, en el sentido de que sólo se manifiestan una vez alcanzado el nivel del desarrollo que corresponde a su realización, pero sigue siendo cierto, sin embargo, que la predisposición no es suficiente. La historia de la búsqueda de esos factores “exteriores”, que deberían ser los responsables de la realización efectiva de una predisposición que, como tal, no es suficiente, por sí sola, para producir la enfermedad, alcanza los extremos más insensatos, porque se ha intentado convertir en uno de esos “factores de realización” a fenómenos tan disímiles como la **fiebre tifoidea**, la **hipertrofia prostática** o las infecciones dentales.

La evolución de la hipertensión esencial

Tal como ya hemos mencionado la medicina usa palabras como “esencial” o “idiopático” para referirse a procesos patológicos que se manifiestan como alteraciones “típicas”, que ha aprendido a identificar por la forma en que frecuentemente evolucionan, pero a las cuales no le ha podido encontrar una causa específica. Más allá de las consideraciones acerca de una predisposición constitucional y hereditaria que da lugar a suponer una condición juvenil prehipertensiva (lo que suele llamarse un “terreno” predispuesto), más allá de los factores “ambientales” (o del estilo de vida)

que contribuyen a la “realización” de la predisposición genética, y más allá de los mecanismos involucrados (su **patogénesis**) que se han logrado comprender (y que nos ocuparán en un próximo capítulo), hay algo que es importante señalar. En rigor de verdad, sólo puede hablarse de una hipertensión esencial cuando ocurre que el cuadro clínico se desarrolla siguiendo un curso típico que posee una “historia natural”, y que corresponde a lo que desde antiguo ha sido señalado como el “genio” de una enfermedad, aludiendo a los componentes evolutivos que, a pesar de los progresos en el conocimiento de los mecanismos inherentes a los procesos patológicos, escapan todavía a la posibilidad de comprenderlos en toda la complejidad de su trascurso.

La observación ha permitido establecer que la hipertensión esencial típica muestra una primera fase funcional, exenta de cambios estructurales en los órganos, una segunda fase o período arterioesclerótico en la cual ese trastorno resulta fijado y mantenido por una lesión evidente, y una tercera fase en la cual la arterioesclerosis, localizándose en diferentes órganos, afecta su irrigación y se manifiesta en alteraciones entre las cuales suelen destacarse lesiones cerebrovasculares, cardíacas, o renales, que pueden llegar a ser graves. Vale la pena insistir sin embargo en que no todos los estados que se caracterizan como prehipertensivos evolucionarán espontáneamente hacia una hipertensión esencial, y que, cuando eso sucede, no todos los pacientes, aún entre aquellos que no reciben tratamiento, recorrerán las tres fases ni evidenciarán trastornos de una gravedad similar.

CAP. III

LOS ALCANCES DEL CONOCIMIENTO ESTADÍSTICO

Casuística y estadística

Cuando contemplamos el extenso conjunto de investigaciones que la medicina ha acumulado con respecto a la hipertensión esencial, resulta evidente el enorme peso que, en el conjunto de lo que acerca de esa enfermedad se publica, adquiere el conocimiento estadístico. Entre las afirmaciones que se consideran más importantes, y que suelen regir la conducta del médico frente a las cifras de la tensión arterial de un paciente, sobresale, por ejemplo, la de que, estadísticamente, se observa una relación lineal y directa entre el aumento de los valores de la presión sanguínea y el aumento en la frecuencia de los trastornos cardiovasculares. Reparemos en que años atrás se diagnosticaba un estado prehipertensivo basándose en la observación de un conjunto de estigmas constitucionales que constituían una conocida precondition que favorecía el desarrollo futuro de una enfermedad hipertensiva, y que actualmente, en cambio, el diagnóstico se apoya exclusivamente en las consideraciones estadísticas que condujeron a considerar prehipertensivos a pacientes con cifras de la tensión arterial que hasta hace poco se consideraban normales o normales altas. Esto nos lleva, inevitablemente, hacia algunas reflexiones acerca del modo en que se pueden interpretar los hallazgos de la ciencia estadística.

Cuando comprendemos muy bien cómo procede una causa para producir sus efectos nuestra inteligencia, racionalmente fundamentada, alcanza el grado máximo al cual nos es posible llegar en nuestro conocimiento de los hechos que ocurren y en nuestra capacidad para prever sus consecuencias. Es lo que sucede cuando desarmamos una cerradura que se ha descompuesto y descubrimos que se ha roto el resorte que devuelve el pestillo a la posición en que traba la puerta. El diccionario¹⁴ define el término casuística (en su cuarta acepción) como “Consideración de los diversos casos particulares que se pueden prever en determinada

¹⁴ DRAE

materia”. A partir de este tipo de conocimiento la ciencia dispone de dos procedimientos que refuerzan sus convicciones. Uno es la experiencia cuando confirma repetidamente lo que desde nuestra comprensión esperábamos, el otro es el experimento, que nos permite repetir voluntariamente, una y otra vez, la secuencia de los fenómenos cuya interrelación comprendemos. Cuando no comprendemos esa interrelación, cuando la “razón de ser” de los acontecimientos escapa a nuestra capacidad de raciocinio, disponemos todavía de una herramienta que puede aportarnos un conocimiento valioso si estamos en condiciones de comprender bien el alcance de sus afirmaciones. La herramienta a la cual nos referimos es la estadística.

Si entendemos por estadística lo que el diccionario¹⁵ define (en su tercera acepción) como “Rama de la matemática que utiliza grandes conjuntos de datos numéricos para obtener inferencias basadas en el cálculo de probabilidades”, no cabe duda de que la estadística aporta un conocimiento valioso. Basta con reparar en la experiencia que permite comprobar que las compañías de seguros pueden obtener beneficios gracias al conocimiento estadístico. Tampoco cabe duda de que sea condición ineludible de esa experiencia exitosa el que funcionen asesoradas por peritos (los actuarios de seguros) que son personas versadas en los cálculos matemáticos y en los pensamientos complejos que forman “el cuerpo” de la ciencia estadística.

Llegamos de este modo a la conclusión de que tanto la casuística como la estadística constituyen recursos valiosos para adquirir conocimientos que nos permitan prever, hasta cierto punto, el decurso futuro de los acontecimientos actuales. Pero es evidente que ese valor se malogra si interpretamos los “datos” que obtenemos desde uno de esos dos recursos como si provinieran del otro. Vale la pena, entonces, que mencionemos tres características del conocimiento estadístico que dan lugar a los malentendidos más frecuentes.

Una relación estadísticamente predominante no implica una relación causal

Una de esas características consiste en que, como ya lo hemos visto, la estadística nada afirma acerca de los mecanismos que rigen la interrelación de los fenómenos estudiados. Demostrar que dos cosas

¹⁵ DRAE

ocurren muy frecuentemente juntas no implica necesariamente que una de ellas sea la que causa la otra. Esto se ve con claridad cuando reparamos en que el rayo no produce el trueno que casi inmediatamente lo acompaña, sino que ambos son dos consecuencias distintas de la descarga eléctrica que los genera. Importa señalar que el rayo constituye sin lugar a dudas un indicador de la inminente aparición del trueno, pero que si lográramos impedir que la descarga electromagnética se manifestara como un fenómeno luminoso habríamos logrado evitar la emergencia del fenómeno indicador, pero no necesariamente habríamos evitado el surgimiento del trueno.

En lo que al tema que nos ocupa se refiere, lo que señalamos significa que si bien se ha comprobado estadísticamente que el número de los pacientes que sufren **accidentes cerebrovasculares** o **cardiopatías isquémicas** es mayor entre los hipertensos que entre los normotensos, (y aunque efectivamente es posible afirmar, a partir de otros criterios, que la hipertensión puede ejercer un efecto dañino sobre la pared arterial) no puede sostenerse en cambio, basándose únicamente en la evaluación estadística, que la hipertensión sea la causa de la patología vascular que mencionamos, dado que a otros factores, como la obesidad o el estrés, se les ha atribuido la capacidad de provocar ambos trastornos, el incremento de la tensión sanguínea y la enfermedad de las arterias. Reparemos, por ejemplo, en que Asayama y colab., en un estudio realizado en 2009¹⁶, han sostenido que, aunque se logre bajar, en pacientes hipertensos, su presión sanguínea a niveles óptimos (por debajo de 120/80 mm Hg) el riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares todavía sigue siendo mayor en ellos que en los pacientes naturalmente normotensos con las mismas cifras de tensión arterial. Consideraciones como estas han dado lugar a una sustitución, cada vez más frecuente en medicina, de la idea de causa por la idea contenida en la expresión “factores de riesgo”, una idea sobre la cual volveremos.

La acumulación de casos implica la homologación de variables distintas

Otra característica que merece ser tenida en cuenta es que toda evaluación estadística, por su necesidad de considerar un gran número de casos, supone la implícita “homologación” de innumerables variables distintas que, como otros tantos parámetros que permanecen “en la sombra”, difícilmente podrán ser consideradas sin alterar el valor del

¹⁶ citado por Kaplan y Victor, Idem.

recuento estadístico. En un trabajo publicado en 1984¹⁷, decíamos *El resultado de un estudio estadístico no es, como habitualmente se piensa, un producto “imparcialmente objetivo”, ya que implica dos tareas previas que se realizan con un determinado y subjetivo criterio axiológico. Una consiste en aislar y elegir el valor que se va a computar; la otra se refiere a la homogeneización de las variables que no se están estudiando y que podrían incidir alterando la influencia del valor computado. [...] ambas afectan al resultado obtenido.*

La homogeneización es, por su naturaleza, imperfecta y, además, tan incompleta como cualquier otro proceso cognoscitivo, en tanto no se pueden tomar en cuenta aquellas variables que son desconocidas. Pensamos sobre todo en aquellas variables que no pueden ser tenidas en cuenta porque su identificación implica un determinado criterio interpretativo. [...]

No queremos significar con esto que el estudio estadístico constituya una tarea inútil que resulte en un conocimiento falso, sino que, en la medida en que se lo considere imparcialmente objetivo, su utilización es supersticiosa y no es acertada. Para un empleo adecuado, conviene tener conciencia de que la estadística sustituye al conocimiento de certeza, tanto como a la comprensión más profunda de los fenómenos. Por este motivo afirmamos que la estadística es nuestro “peor es nada”.

El criterio de que lo que llamamos certeza no es más que una altísima probabilidad estadística ha ganado terreno dentro de las ciencias físicas, pero nosotros nos referimos aquí al campo de las macroexperiencias cotidianas frente a las cuales tiene sentido distinguir entre probabilidad y certeza.

Podemos decir, por ejemplo, que estadísticamente se ha comprobado que sólo el 5% de los soldados conscriptos obtiene un franco solicitado, mientras que al 95% le es negado. Sin embargo, es muy distinto afirmar que lo obtuvieron aquellos que se lo solicitaron al teniente, y les fue negado a quienes se dirigieron al sargento. Mejor aún sería poder explicar por qué el teniente otorga lo que el sargento niega.

¹⁷ Luis Chiozza y colab., “Acerca de la superstición en el uso de la estadística”, en Chiozza Luis *Obras Completas*, T. V, Edit Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.

Más adelante refiriéndonos a la complejidad de los estudios estadísticos (tan frecuentemente subestimada en la interpretación habitual de los datos publicados) que se pone claramente de manifiesto cuando es necesario “combinar” los hallazgos de investigaciones distintas, decíamos en ese mismo trabajo: *Un ejemplo, tomado de Carl Hempel, muestra las falacias a las que puede conducir el trato descuidado de la inferencia estadística. “Juan es alcohólico anónimo. Menos del 1 por ciento de los alcohólicos anónimos son profesores de enseñanza superior. De acuerdo con estas premisas, empleando una regla de probabilidad, la conclusión será que Juan tiene una probabilidad inferior a 1% de ser profesor de enseñanza superior. Pero supongamos que Juan lee asiduamente el Journal of Philosophy, y más del 99% de sus lectores son profesores de enseñanza superior. Luego Juan tendrá una probabilidad de 99% de ser profesor de enseñanza superior. Tenemos aquí dos conclusiones contradictorias”*¹⁸.

Volviendo sobre el tema que nos ocupa, pensemos, por ejemplo, qué sentido puede tener el que se afirme “estadísticamente”, como lo han hecho Hayes y colab, en 2008¹⁹, que “las medidas” de algo tan multifacético como lo que se ha dado en llamar “calidad de vida” dan resultados “significativamente más pobres” en quienes saben que son hipertensos, que en aquellos con las mismas cifras de tensión arterial pero que no son conscientes de su condición. ¿Cómo debemos entender que se habrá “medido” (es decir, cuantificado), en esos pacientes, la calidad de su vida?

La probabilidad estadística rige para una población y no para un particular individuo

La tercera característica, por fin, atañe al hecho, habitualmente negado, de que la estadística, tal como lo señala Emile Borel²⁰ “...no permite prever un fenómeno determinado, sino que enuncia solamente un resultado global, relativo a un número bastante importante de fenómenos análogos”. El conocimiento estadístico establece el grado de probabilidad de un suceso, lo cual equivale, desde el punto de vista matemático, al

¹⁸ Wartofsky, 1968, *Introducción a la filosofía de la ciencia*, Alianza Editorial, Madrid, 1973.; citado por Canteros y Martín, en “Consideraciones metodológicas sobre la investigación de las fantasías específicas de los distintos procesos somáticos”, en L. Chiozza y colab., *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1979.

¹⁹ citado por Kaplan y Victor, Idem.

²⁰ Borel Emile, *El Azar*, Ediciones Tridente, Bs. As. 1945

número de veces que ese acontecimiento sucede dentro del número de veces en que ese suceso es posible. La probabilidad se expresa habitualmente en porcentajes, pero la precisión de las afirmaciones fundamentadas en la estadística aumenta “con los grandes números”, y cuando el número de casos considerados disminuye, la precisión en el grado de probabilidad disminuye progresivamente. Un 40% de probabilidad obtenido en la consideración de diez mil casos, podrá mantenerse tal vez entre 35 y 45 en cien casos, y entre 1 y 8 en diez, pero, en rigor de verdad, es todavía posible que, aun en cinco casos se mantenga la precisión de un 40% y nos encontremos con 2.

La situación cambia radicalmente cuando en lugar de diez casos, consideramos tres, porque entonces el 40 % ya no es posible. En tres casos sólo podrán darse los tres (100%), dos (66,6%) uno (33,3%) o ninguno (0%). Si se tratara de dos casos podría darse los dos (100%), uno (50%), o ninguno (0%), y si se tratara de un caso sólo podrían darse (100%) o no darse (0%). Frente al hecho de arrojar una moneda al aire una vez, la estadística dirá que existe una posibilidad en dos (cara y cruz) de que salga cara, (y también dirá que la moneda no tiene memoria y que no importa que ya haya salido cara cinco veces seguidas). Pero una vez arrojada sólo podrá haber sucedido cara o no haber sucedido (el 100% o el 0%). Lo que importa señalar ahora es que para un caso individual la predicción estadística es nula.

Aunque siga siendo cierto que en una población de cien pacientes con un grado “tal” de enfermedad hipertensiva se ha observado repetidamente que cuarenta sufren un accidente cerebrovascular, un particular paciente no puede tener un 40% de probabilidades de sufrir ese accidente, dado que sólo tiene dos posibilidades, que le suceda o no. Si el accidente ocurre puede decirse luego que forma parte del 40 %, y sino del 60%, pero es obvio que usamos la estadística porque ignoramos los factores que han “decidido” el evento. Es importante señalar que ese paciente no es “en realidad” uno de los cien casos artificialmente homologados por el procedimiento estadístico hasta convertirlos en cien casos iguales. Es uno particular de “esos cien casos”, constituido por innumerables factores que no conocemos y, en lo que respecta a esa determinada enfermedad, cabe repetir que sólo tiene una de dos posibilidades igualmente inciertas, pertenecer al “grupo” de los cuarenta que, dentro de esos cien se enferman, o pertenecer al “grupo” de los sesenta que, dentro de esos mismos cien, permanecen sanos.

Reparemos, entonces, en que cuando hablamos, a partir de una evaluación estadística, de factores de riesgo, nuestras afirmaciones no se refieren al riesgo “que corre” un paciente, sino al riesgo de una población. No ha de ser casual que el diccionario²¹ luego de consignar que “riesgo”, que por su origen significa “lo que depara la providencia”, y es “Contingencia o proximidad de un daño”, inmediatamente agregue “Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro”. Tiene sentido para una compañía aseguradora, para un funcionario de salud pública, y aún para un médico frente al conjunto de sus pacientes, el tener en cuenta los factores indicadores del riesgo que corre su población de “casos”, pero esto no debería, frente al caso individual, conducir a decidir procedimientos que no son inocuos basándose únicamente en lo que la estadística muestra, ya que, vale la pena repetirlo en forma rotunda, ningún porcentaje de probabilidades, ninguno de los significados de una conclusión estadística establecida sobre grandes números (y, para colmo, homologando distintas realidades complejas) puede aplicarse frente a un sólo caso.

²¹ DRAE

CAP. IV

LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESIÓN ARTERIAL

Acerca de causas, mecanismos y factores

Sabemos que la presión arterial es un resultado de la capacidad del recipiente continente (constituido por el sistema circulatorio y regulado por el tono vascular que varía el calibre de los vasos) y de la cantidad de sangre circulante, un volumen que puede aumentarse o disminuirse mediante la excreción renal (o cuando los órganos reservorios, el más importante de los cuales es el hígado, entregan o substraen al caudal circulatorio una determinada cantidad de sangre). Houston²² señala que el recipiente vascular es el más vasto entre los órganos del cuerpo; alrededor de unas cinco veces mayor que el corazón en peso y unas seis veces más extenso que una cancha de tenis. La contracción cardíaca añade en el sistema arterial una presión que es necesaria para que la sangre pueda circular desde los grandes vasos hacia las pequeñas arteriolas y los capilares que irrigan los tejidos, y cuando la contracción cardíaca se cumple y el corazón se dilata para recibir la sangre de retorno, la presión vuelve a su magnitud anterior, necesaria para que las sustancias que la sangre transporta hacia los tejidos puedan introducirse en ellos (perfusión). Las cifras que el esfigmomanómetro registra, como medida (en milímetros de mercurio) de la tensión arterial, revelan por lo tanto una doble magnitud, la presión máxima (sistólica) y la mínima (diastólica), y ambas poseen una importancia distinta como indicadores del funcionamiento del sistema.

Kaplan y Victor señalan algunas de las condiciones que dificultan la investigación de los mecanismos patogenéticos involucrados en la hipertensión arterial. Una de ellas consiste en que no siempre es posible comprobar sobre seres humanos las conclusiones obtenidas en investigaciones realizadas sobre animales que dan lugar, de este modo, a

²² Houston, *Handbook of Hypertension*, Wiley-Blackwell, 2009.

hipótesis que permanecen inciertas. Otra en que la dicotomía entre tensión normal e hipertensión es arbitraria, porque si bien la presión arterial es una cifra cuantitativa cuyo aumento muestra una relación directa con el aumento del riesgo cardiovascular, muchos expertos (entre los cuales Kaplan y Victor citan a Pickering y a Giles y colab., miembros de la *American Society of Hypertension Working Group*) aducen que la hipertensión en sí misma no es aun una enfermedad. Una tercera radica en que es muy difícil establecer cuál es, en rigor de verdad, la presión arterial normal de un individuo aislado. Otra dificultad deriva de que si bien es cierto que se ha progresado en el conocimiento de la influencia de los factores **epigenéticos** sobre la tensión arterial, el conocimiento de la indudable influencia de los factores genéticos es todavía muy pobre. También es necesario considerar que los estudios de control de casos que comparan la evolución en pacientes con distintas cifras tensionales, no logran muchas veces diferenciar lo que debe considerarse un mecanismo “causal” de lo que debe considerarse un ajuste compensatorio. Por fin ha llegado a sostenerse que la hipertensión esencial ya no debe considerarse como una entidad singular sino como un conglomerado de diferentes subconjuntos de condiciones hemodinámicas. Distinguiendo, por ejemplo, hipertensiones solamente diastólicas en pacientes de mediana edad, o hipertensiones solamente sistólicas en personas ancianas, o diferenciando entre la hipertensión de los obesos de la que se presenta en las personas magras. Kaplan y Victor reafirman actualmente de este modo la antigua conclusión que ya hemos mencionado y que condujo a bautizar la enfermedad (como entidad nosológica) con el nombre hipertensión “esencial”: si bien es posible y útil identificar mecanismos que influyen en las cifras de la tensión arterial (su patogénesis) no se le ha encontrado una causa específica (una etiología).

Bajo el epígrafe “etiopatogénesis”, suele discutirse en medicina el conjunto de antecedentes, circunstancias y procesos que conducen hacia una enfermedad. Los criterios que permiten establecer la importancia que cada uno de los integrantes de ese conjunto posee en la determinación de una particular enfermedad, se fundamentan en la inteligencia de los mecanismos de acción o, si esto no es posible, en la observación estadística de su frecuente coexistencia con la entidad patológica que se investiga. El hecho de que se adquiriera cada vez mayor conciencia de las dificultades que surgen al concebir los acontecimientos patológicos como producto de una sola causa, y la necesidad de valorar el “peso” relativo de

las distintas “concausas”, introdujo en el lenguaje médico el término “factores”.

Díaz Martínez señala que, desde el punto de vista patogénico, puede sostenerse que la hipertensión esencial (que agrupa la inmensa mayoría de los casos de hipertensión arterial) es el resultado de un proceso en el que intervienen tres tipos de factores: los inductores, que inician el proceso hipertensivo, los mediadores, que intervienen en la alteración de su regulación, y los efectores, que elevan de manera sostenida las cifras de la tensión arterial.

Los factores inductores se subdividen en genéticos y epigenéticos. No obstante la importancia que siempre se le ha dado a una predisposición hereditaria hacia la hipertensión esencial, no puede decirse que sea una condición necesaria para que la enfermedad aparezca, y menos aún una condición suficiente. Jiménez Díaz consigna que su influencia es absolutamente segura en el 65% de los casos observados en su Clínica. Kaplan²³, afirma que en un 30% a 50% de los enfermos la hipertensión “es controlada” por factores genéticos (aludiendo a la herencia de genes), pero que el resto lo es por factores que dependen del estilo de vida, tales como el peso, la dieta, las emociones, el consumo de alcohol y el sedentarismo. Kaplan y Victor (en su última edición de *Kaplan’s Clinical Hypertension*) afirman que el descubrimiento de la constitución del genoma humano dio lugar a la esperanza de que la manipulación o la transferencia de genes pudiera prevenir la hipertensión, pero que, a pesar de que en un muy pequeño número de pacientes se han descubierto defectos monogénicos, esa esperanza parece extremadamente improbable. En cuanto a los factores epigenéticos se han descrito especialmente mecanismos neurales, renales, vasculares, hormonales y metabólicos.

Entre los factores mediadores, que actúan como reguladores de la presión arterial, y que la alteran cuando son afectados por los factores inductores, cabe destacar el sistema nervioso simpático, el sistema renina-angiotensina-aldosterona, el equilibrio entre sustancias vasoconstrictoras y vasodilatadoras de origen endotelial, el control renal del volumen del líquido extracelular, y las propiedades intrínsecas de la pared arterial y de la microcirculación que determinan su función. Puede decirse entonces que en la patogenia de la hipertensión esencial intervienen las

²³ citado por Mann, en *Healing Hypertension*, Idem.

alteraciones individuales de estos sistemas y las que resultan de sus interacciones.

En cuanto a los factores efectores cabe mencionar los cambios, provocados por el inadecuado funcionamiento de los sistemas reguladores, que surgen en la relación entre el volumen de sangre que el corazón eyecta por minuto (gasto cardíaco) y la contención que le ofrece el territorio vascular (resistencia periférica). Díaz Martínez sostiene que la **hemodinámica** de la hipertensión esencial evoluciona desde una fase inicial en la cual predomina un aumento del gasto cardíaco y una disminución de la resistencia periférica, hacia una fase posterior en la cual ocurre lo contrario. De modo que, aunque en los hipertensos muy jóvenes puede observarse la primera condición, en los hipertensos adultos y ancianos es común observar la segunda.

La influencia del sistema nervioso autónomo

Una parte del sistema nervioso humano constituye lo que se ha llamado sistema autónomo, o también, involuntario y vegetativo, dado que “rige” las funciones de nuestras vísceras y de nuestros humores, que son vitales y que se denominan vegetativas porque son lo suficientemente básicas como para que se las compare con las que configuran la vida vegetal. Esas funciones se hallan de este modo “a cubierto” de una influencia voluntaria. Stanley Cobb²⁴ consigna que Claude Bernard²⁵ sostenía que “la naturaleza actúa prudentemente resguardando estos importantes fenómenos del capricho de un deseo ignorante”. Añade a continuación “Que este resguardo es incompleto es evidente, pues nuestras teorías más abstractas pueden llevarnos a una disputa acalorada, es decir, los más altos niveles del sistema **cerebroespinal**, que sirven como órgano del pensamiento intelectual abstracto, pueden reaccionar sobre el sistema nervioso autónomo y en estrecha relación con las glándulas **endócrinas**”. Es obvio que dentro de ese conjunto de funciones vitales básicas se encuentra la regulación de los niveles de la presión sanguínea.

El sistema nervioso autónomo es totalmente “motor”, lo cual significa que el registro sensible de nuestros estados “internos”, viscerohumorales, no se obtiene a través del sistema autónomo, sino que, a pesar de que el registro de sus “datos” puede ser inconsciente, pertenece a las funciones del sistema que se denomina cerebroespinal. Así, por ejemplo, sucede con el llamado **seno carotídeo**, una pequeña estructura sensora que registra los niveles de tensión arterial a los efectos de su regulación y que, localizada en forma bilateral, en la bifurcación de una de las arterias del cuello (**carótida**), pertenece al sistema cerebro espinal.

²⁴ Stanley Cobb, *Fundamentos de Neuropsiquiatría*, Suescun Barrenechea Editores, Bs. As. 1954.

²⁵ (1813-1878)

Desde el punto de vista funcional pueden distinguirse, en el sistema nervioso autónomo, dos divisiones principales, una el parasimpático (que por su ubicación es **cráneosacral**) y otra el simpático (**tóracolumbar**). Suele decirse que el sistema simpático dispone las funciones vitales para reaccionar frente al peligro, y el parasimpático para restaurar las fuerzas en los períodos de calma, y que estas dos divisiones del sistema autónomo son antagonistas, porque envían fibras a los mismos órganos con propósitos opuestos. Así, por ejemplo, la **inervación** parasimpática de las arterias cerebrales funciona dilatándolas, mientras que la simpática produce una vasoconstricción. Sobre el corazón, en cambio, el parasimpático ejerce una inhibición de su función y una constricción de las arterias **coronarias**, y el simpático acelera el ritmo cardíaco y las dilata. La “regla” del mutuo antagonismo, que en general coincide con lo que se observa, no puede ser aplicada sin embargo de manera rígida, ya que también se observan excepciones.

Teniendo en cuenta las sustancias que las fibras del sistema neurovegetativo producen y que intermedian su acción sobre los órganos, puede decirse que el simpático es adrenérgico, porque segrega una sustancia semejante a la **adrenalina**, y el parasimpático colinérgico, porque casi todas sus fibras segregan **acetilcolina**. El sistema autónomo oscila normalmente de este modo en equilibrio entre un predominio adrenérgico o uno colinérgico. Las descargas adrenérgicas, que aparecen por lo general en situaciones de emergencia, suelen ser difusas, influenciando al organismo en su totalidad, las colinérgicas, en cambio, actúan localmente sobre los órganos o las zonas que estimulan. Es claro que la excitación de ambos sistemas, su equilibrio mutuo (**homeostasis**), y su influencia en las funciones de los órganos, depende de un conjunto de centros encefálicos, que a veces se ha designado cerebro visceral, o cerebro interno, y otras veces sistema límbico, y que configura los distintos estados emocionales y contribuye a configurar las distintas fases de un “síndrome general de adaptación” (descrito por Selye²⁶) como respuesta a un estado de sobrecarga funcional que se ha hecho popular con el nombre de estrés.

La influencia de los factores neurales en la regulación de la tensión arterial es indudable y bien establecida por la investigación fisiológica desde hace muchos años. Se conocen, por ejemplo, las funciones de un centro de regulación cardiovascular constituido por áreas difusas en ambos lados de la **sustancia reticular** del **bulbo raquídeo**. Sin embargo, de acuerdo con lo que sostienen atinadamente Kaplan y Victor, queda un largo trecho a recorrer todavía, en lo que se refiere a la cuestión esencial que se procura esclarecer, y que consiste en comprender la influencia de los mecanismos neurales en el desarrollo progresivo de la hipertensión que configura el cuadro frecuente de la enfermedad hipertensiva. El sistema nervioso simpático (a través de la activación de **barorreceptores, quimiorreceptores y mecanorreceptores**) realiza un ajuste inmediato de la presión arterial, participando así en la adaptación de la tensión arterial en condiciones fisiológicas como el ejercicio, o en condiciones patológicas como la hipotensión por hemorragia, pero la hiperactividad simpática, por sí sola no parece ser suficiente para causar y mantener la hipertensión. Señalan además que no

²⁶ Selye, Hans (1956) *The stress of life*, McGraw-Hill, Nueva York, 1956. Edición en castellano: *La tensión en la vida*, Compañía General Fabril Editora, Buenos Aires, 1960.

es posible cuantificar la contribución neurogénica, y que el estrés psicológico es un parámetro muy difícil de evaluar, sobre todo teniendo en cuenta que su producción en un laboratorio difiere sustancialmente del que acontece en la vida real. Agreguemos por último, a lo que ellos afirman, que resulta extremadamente difícil, dentro del orden de ideas que fundamenta ese tipo de investigaciones, sopesar “la incidencia” de los mecanismos neurales, dado que funcionan en una interrelación compleja con otros factores.

La importancia de la función renal

Acerca de los riñones se ha dicho que son, al mismo tiempo, culpables y víctimas de la hipertensión arterial. Sin embargo, si bien es cierto que en unos pocos casos la hipertensión se origina, de manera secundaria, como consecuencia indudable de una enfermedad renal, en la inmensa mayoría de las hipertensiones, denominadas por este motivo primarias, los trastornos de la función renal que muchas veces acompañan al cuadro clínico de la enfermedad hipertensiva, aunque pueden influir en su curso o tal vez contribuir a su génesis, no pueden ser considerados como la causa que ha originado el aumento de la presión sanguínea. En la década del 60, y a partir de los trabajos de Guyton²⁷ (el famoso fisiólogo norteamericano), muchos autores sostuvieron que una inhabilidad renal para excretar el **sodio** aportado por una ingesta excesiva de sal, era un defecto fundamental presente en toda hipertensión. Lahera Juliá y Caramelo Díaz²⁸ señalan que si se compara la capacidad de regulación de la presión arterial por parte del riñón con la de los otros sistemas que actúan de forma inmediata o a corto plazo, puede concluirse que el mecanismo de regulación renal de los líquidos corporales es, dentro de los límites fisiológicos, un sistema de ganancia infinita que predomina sobre el resto.

Kaplan y Victor señalan que los fundamentos para sostener la influencia de una dieta con exceso de sodio en el aumento de la presión sanguínea, (influencia generalmente aceptada, pero insuficiente en sí misma para producir el trastorno) se apoyan en que nuestros antepasados prehistóricos consumían menos de medio gramo diario de sal, y nuestros riñones debieron evolucionar para retener sodio durante el “filtrado” que origina la orina. Esa capacidad para retener el sodio, beneficiosa cuando la ingesta de sal y de agua era escasa, es la que contribuiría para generar una hipertensión en tiempos de abundancia. Afirman que la fisiología humana ha evolucionado en un entorno pobre en sodio y rico en **potasio** y que estamos mal equipados para desenvolvemos frente a una exposición habitual a un medio rico en sodio y pobre en potasio. A tales consideraciones se suma que gran parte del exceso de sal de nuestra dietas no proviene de la que agregamos a nuestras comidas sino del procesamiento moderno de los alimentos, que añade sodio y substraer potasio, y que nuestra preferencia por la ingestión de sal conforma un “habito” que se adquiere en la temprana infancia. Sólo en los últimos quinientos años, un período que, desde el punto de vista de la evolución, ha de considerarse muy corto, la ingesta diaria de sal en las ciudades desarrolladas aumentó alrededor de unas veinte veces, lo cual conduce a

²⁷ Arthur Guyton, (1919-2003)

²⁸ Lahera Juliá, Vicente y Caramelo Díaz, Carlos, “Homeostasis de la presión arterial” en Hernando Avendaño *Nefrología clínica*, Editorial médica panamericana, Madrid, 2008.

pensar que se trata de una magnitud que sobrepasa la capacidad del riñón humano para mantener un balance adecuado de sodio.

La evidencia que vincula una ingesta excesiva de sal con la hipertensión abunda y proviene de diversas fuentes. Estudios epidemiológicos permiten comprobar, por ejemplo, que en poblaciones subdesarrolladas con una dieta pobre en sal la hipertensión es muy escasa y que las cifras de tensión arterial no crecen a medida que aumenta la edad de las personas, como se observa en las comunidades más desarrolladas. Si bien es cierto que puede pensarse que en los resultados influyen factores involucrados en el estilo de vida, las conclusiones quedan avaladas por estudios semejantes que se han realizado sobre chimpancés y por otros que señalan que en poblaciones muy pobremente urbanizadas, pero con una ingesta salina elevada, la hipertensión alcanza niveles semejantes a los de las más civilizadas. A pesar de toda esa evidencia diversos autores afirman (como ocurre con Kaplan y Victor) que no existe una explicación satisfactoria acerca de cómo el aumento de la ingesta de sal se traduce en un incremento de la presión arterial.

La dificultad que existe para esclarecer la importancia relativa de cada uno de los mecanismos que intervienen en la génesis de la hipertensión, aumenta por el hecho de que cada uno de ellos no sólo puede ser interpretado como una consecuencia de un factor anterior, sino que además “retroactúa” recíprocamente sobre la causa que lo ha provocado e influye sobre ella. Muchos adultos que han ingerido en su dieta, desde niños, un porcentaje elevado de sodio, no han desarrollado una hipertensión, y por circunstancias como esta, y por trabajos similares realizados sobre ratas, suele decirse que la presión sanguínea muestra un grado variable de “sensibilidad” o de “resistencia” a la sal. Se trata de una sensibilidad que depende de los genes, y que puede adquirirse por la influencia de otros factores, como la edad, el sobrepeso corporal, una dieta pobre en potasio o alguna injuria renal. En un estudio realizado en 1986, citado por Kaplan y Victor, se encontró esa sensibilidad a la sal sólo en el 51% de los hipertensos, y es necesario agregar que también se la encontró en el 26% de pacientes normotensos.

El volumen líquido del **espacio extracelular**, del que forma parte el volumen circulante, depende del contenido corporal de sodio, pues este **catión** es el principal **soluto** retenedor de agua, presente en el espacio extracelular. El exceso de sodio “expande” el volumen de la fracción líquida de la sangre (**plasma**), y aumenta la cantidad de sangre que el corazón arroja en cada latido, aumentando de este modo el volumen del “contenido” del sistema circulatorio. También desencadena respuestas reguladoras que incrementan la resistencia del sistema vascular, y aumentan la sensibilidad de la capa muscular de los vasos a la influencia de las sustancias vasoconstrictoras que el organismo produce, lo cual disminuye el volumen del “continente”. Ambas condiciones contribuyen al aumento de la presión arterial. En condiciones normales, cuando la presión arterial aumenta, se incrementa la excreción renal de sodio (natriúresis) y de agua, el volumen fluido se “contrae”, y la tensión arterial desciende. Se considera que la interrelación funcional presión-natriúresis, es el mecanismo dominante, y el más poderoso, para el control a largo plazo de la tensión arterial. Es el único, entre los múltiples “controles” reguladores de la presión sanguínea, capaz de evidenciar un

poder sostenido, es decir duradero. Por este motivo se afirma que un cambio en el ajuste de la relación presión-natriuresis desempeña un función principal en la enfermedad hipertensiva. Cabe añadir que en ese cambio influyen factores vasculares que alteran la irrigación del riñón y que son a su vez, influidos por factores neurales y hormonales. Puede decirse que las acciones del riñón sobre la presión arterial se ejercen mediante dos mecanismos principales, la regulación del contenido líquido del organismo y la producción de sustancias que actúan sobre los vasos con efectos locales y sistémicos, y que esos dos mecanismos se influyen recíprocamente.

Díaz Martínez señala que recientemente se ha llegado a sostener que la hipertensión esencial es el resultado de una forma especial de enfermedad renal (nefropatía) caracterizada por inflamación y alteración en los pequeños vasos (microvascular), que evoluciona en dos fases. En la primera se produciría una hiperreabsorción de sodio como consecuencia de una vasoconstricción renal. Las únicas lesiones presentes en esta fase serían una ligera isquemia en los **tubos** (sección tubular de la nefrona) y una discreta inflamación de los espacios intercelulares (intersticial). En la segunda fase la persistencia de la vasoconstricción produciría una arterioesclerosis de la arteriola que llega (aférente) a la nefrona y genera una situación de isquemia en la parte funcional (parénquima) del tejido renal, que favorece su esclerosis (esclerosis de los **glomérulos** y atrofia de los tubos que conforman la nefrona) y una intensa inflamación intersticial que incrementa la vasoconstricción. En esta fase el incremento de la retención de sodio dependería del daño estructural que afecta a la función de la nefrona. Aunque en la primera fase los pacientes se comportan como hipertensos resistentes a la sal y el riesgo de que desarrollen una enfermedad renal crónica y progresiva es bajo, en la segunda, en la cual se comportan como sensibles a la sal, ese riesgo es elevado. Entre los pacientes con hipertensión esencial, algunos son más propensos que otros a evolucionar desde la primera a la segunda fase, así sucede, por ejemplo, con los que son obesos, los que presentan un síndrome metabólico, gota o hiperuricemia.

La influencia de factores hormonales

Cuando la tensión arterial desciende o el sodio disminuye, el riñón produce una enzima, denominada renina, que, una vez en la sangre, actúa sobre otra sustancia, el angiotensinógeno, que surge principalmente en la circulación hepática, y produce una hormona, llamada angiotensina I. La angiotensina I, actuando en el riñón sobre el receptor de angiotensina I (AT1), aumenta la reabsorción de sodio y produce vasoconstricción. Cuando la angiotensina I pasa a través del pulmón, otra enzima, ECA (enzima de conversión de la angiotensina), transforma la angiotensina I en angiotensina II, un potente vasoconstrictor y regulador de la presencia de sodio que se produce y se acumula en el riñón. La angiotensina II es también el estímulo primario para producir aldosterona (en la **corteza suprarrenal**) una hormona que incrementa la reabsorción renal de agua y sodio. Este sistema, conformado por la relación funcional renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), ha llegado a ser considerado como un factor clave en la regulación del sodio y en la elevación sostenida de la presión arterial, y en esa consideración influye, sin lugar a dudas, el hecho de que el conocimiento de este mecanismo, como veremos en el próximo capítulo, ha otorgado el acceso a una de las

mejores opciones en cuanto a la posibilidad de tratar a la hipertensión mediante fármacos.

La función del SRAA puede evaluarse midiendo la actividad de la renina en el plasma sanguíneo (ARP) y en pacientes hipertensos se han encontrado valores inapropiadamente elevados, dado que en condiciones normales el aumento de la presión arterial inhibe la secreción de renina en las células renales (aparato **yuxtglomerular**) que la producen. Díaz Martínez expone tres teorías que se disputan la explicación del funcionamiento anormal de la secreción de renina. Una teoría sostiene que entre las unidades funcionales que constituyen al riñón, denominadas nefronas, (de las cuales existen más de un millón en cada riñón) existirían algunas que, como consecuencia de sufrir un déficit de irrigación (isquemia) estimularían la secreción de renina. Otra postula que el aumento de liberación de renina se debería a una hiperactividad del sistema simpático. Por fin una tercera adjudica el trastorno a una falla en la regulación de los niveles locales de angiotensina II en los tejidos, que debería ser “modulados” por los excesos en la concentración de sodio en lugar de permanecer fijos. En conclusión puede decirse que, a través de la síntesis de la renina, el riñón controla la actividad de dos potentes sistemas que aumentan la presión arterial, uno sistémico a través de la vasoconstricción mediada por la angiotensina II y la retención de sodio en la parte distal del **tubo colector**, mediada por la aldosterona, y otro intrarrenal que actúa por un mecanismo de isquemia renal que induce la retención de sodio en el **tubo proximal**.

La influencia de la función vascular

No cabe duda de que la alteración en la estructura y en la función de las arterias grandes y de las pequeñas desempeña un papel importante en el origen y la progresión de la hipertensión. De acuerdo con la ecuación de Poiseuille (que permite determinar el flujo de un líquido incompresible dentro de un tubo cilíndrico de sección constante) la presión sanguínea aumenta en la misma proporción (primera potencia) en que aumenta el volumen minuto cardíaco y disminuye en una proporción que corresponde a la cuarta potencia del radio del vaso por el cual fluye. Esa proporción, y la considerable extensión del territorio vascular, permiten comprender la magnitud de su influencia en la determinación de la presión sanguínea. Tal como señalan Kaplan y Victor, en la hipertensión que desarrollan los seres humanos se observa muchas veces un incremento en la resistencia que ofrece el sistema vascular, mientras que el volumen de sangre que el corazón entrega por minuto permanece normal.

Las grandes arterias ceden al aumento de la presión durante la contracción cardíaca y, reaccionando elásticamente, contribuyen, en el tiempo que media entre latido y latido, a mantener una presión mínima suficiente para una buena perfusión en los tejidos. Por este motivo, cuando a medida que aumenta la edad disminuye la elasticidad de los grandes vasos, la presión máxima (sistólica) tiende normalmente a incrementarse y la mínima (diastólica) a disminuirse, aunque otros factores de regulación pueden compensar ese efecto.

El grado de vasoconstricción o vasodilatación determina el tamaño del continente vascular. En condiciones normales y estables, el árbol vascular está en equilibrio de llenado y el tono vascular se mantiene en un nivel intermedio entre los máximos de sus capacidades de contracción y de relajación. En esa situación intermedia la adaptabilidad alcanza su máximo con el mínimo de gasto energético. El tono vascular basal, que contribuye como resistencia periférica a la presión arterial, se genera en la actividad intrínseca de las células de la musculatura lisa que constituye a los vasos sanguíneos. Este tono intrínseco, cuyo funcionamiento depende en alto grado del tenor de calcio intracelular y es independiente de los influjos nerviosos y de sustancias mediadoras circulantes, representa sólo una parte de la regulación del tono en el organismo entero, ya que esa regulación depende de la interrelación de una gran cantidad de factores. Lahera Juliá y Caramelo Díaz subrayan el hecho de que el control principal de la resistencia vascular periférica se localiza en los esfínteres capilares de las arteriolas microscópicas ubicadas entre la circulación arterial y su comunicación con el retorno venoso (metaarteriolas). En esto se apoya la idea de que en la patogénesis de la hipertensión en personas que todavía son jóvenes, predomina el aumento de la tensión diastólica, y que el incremento de la presión sistólica puede interpretarse como un mecanismo compensatorio a los fines de mantener una adecuada diferencia entre la máxima y la mínima.

Los mismos autores señalan que recién en la década de los noventa se ha tomado conciencia de la importancia del revestimiento interno de la pared vascular (endotelio) en los mecanismos autorreguladores de la tensión arterial y de la concentración de oxígeno. La **hiperemia** posterior al ejercicio es un buen ejemplo de la capacidad de estos mecanismos vasomotores, ya que en esas condiciones el flujo sanguíneo por gramo de tejido puede llegar a incrementarse hasta unas cincuenta veces, una situación única en toda la regulación circulatoria. Las **proteínas** especializadas del endotelio son sensibles a las fuerzas mecánicas de rozamiento y presión y actúan en una relación compleja con numerosos compuestos, entre los cuales se destaca la importancia que posee la acción vasodilatadora del **óxido nítrico** sintetizado en el tejido endotelial, ya que la disminución de la influencia de sistemas vasopresores, como el sistema renina-angiotensina, o el sistema nervioso autónomo, no parece suficiente para compensar la pérdida de la relajación vascular ocasionada por un déficit de óxido nítrico.

La persistencia de la hipertensión arterial suele producir, con el tiempo, modificaciones estructurales que “remodelan” a las arterias grandes, medianas y pequeñas y alteran el número de los vasos pequeños y de las arteriolas. Esos cambios estructurales contribuyen a que se mantenga o se agrave la enfermedad hipertensiva. En las arterias grandes y medianas (de más de 500 **micrones** de diámetro) se observan modificaciones que afectan a las células de su musculatura (**hiperplasia** e **hipertrofia**) y a la sustancia intercelular (aumentó del **colágeno** y disminución relativa de la **elastina** y modificación espacial de las fibras de ambas sustancias). La rigidez arterial que esos cambios producen es el resultado de un complejo de interacciones en el que intervienen factores como el envejecimiento, otros, mecánicos, relacionados con el aumento de la presión arterial, y trastornos facilitadores como la diabetes o el desequilibrio metabólico conocido como **dislipidemia**. En lo que se refiere a las arterias pequeñas

(de menos de 500 y más de 150 micrones), es posible observar cambios estructurales hipertróficos, similares a los de las arterias grandes, y otros **eutróficos**, secundarios a una redistribución espacial anómala de sus componentes pero sin el incremento cuantitativo que caracteriza a los hipertróficos. En ambos se produce una reducción del diámetro pasivo de las arterias involucradas. En cuanto a la microcirculación (arterias de menos de 150 micrones, arteriolas y capilares) los trastornos pueden conducir a la oclusión reversible de la luz arterial (**rarefacción** funcional), o a su pérdida definitiva (rarefacción estructural). La rarefacción de la microcirculación disminuye la provisión de oxígeno y de nutrientes en la zona afectada y agrava las consecuencias de la hipertensión sobre los órganos comprometidos.

La influencia de los trastornos metabólicos

La observación permite comprobar que las personas obesas, las que presentan un **síndrome metabólico**, o una **diabetes tipo 2**, padecen la enfermedad hipertensiva con mayor frecuencia que las personas normales, y que esa frecuencia se incrementa cuando esos trastornos metabólicos coexisten en una misma persona. Kaplan y Victor utilizan la expresión “epidemia” (o inclusive “**pandemia**”) para referirse al aumento (especialmente entre la gente joven) de la incidencia de la obesidad, del síndrome metabólico, y del tipo 2 de la **diabetes mellitus**, registrado en los EE.UU. en los últimos años. Apoyándose en un trabajo publicado por Grundy (en el 2008) señalan que el síndrome metabólico afecta de un 20% a un 30% de los adultos que pueblan las ciudades occidentales. Es importante destacar que una tal “epidemia” coincide con un aumento de la incidencia de la enfermedad hipertensiva y de sus trastornos agregados.

La condición constituida por la coexistencia de una expansión del volumen sanguíneo, con un aumento de la cantidad de sangre que el corazón arroja por minuto al torrente circulatorio (gasto cardíaco) y una resistencia vascular periférica que no logra descender lo suficiente para compensar ese gasto cardíaco, permite comprender la relación existente entre la obesidad y el aumento de la presión arterial. A estos factores se añade que el tejido adiposo no es solamente un depósito de almacenamiento de energía potencial, sino que las células grasas producen además distintos tipos de sustancias activas que se denominan **adipokinas**, algunas de las cuales poseen un efecto que, aun siendo indirecto, es hipertensivo y arterioesclerosante. También ha sido señalado que la sobreactividad del sistema nervioso simpático es quizás el mecanismo más importante entre los que ligan la obesidad con la enfermedad hipertensiva. Kaplan y Victor sostienen que, a pesar de que existe una sólida evidencia a favor de esta última afirmación, se carece todavía de una explicación suficiente. La activación del sistema simpático en la obesidad se encuentra favorecida en los casos en que existe una **apnea del sueño** que, cuando cursa con una disminución de la oferta de oxígeno a los tejidos (hipoxia), suele cambiar el estado funcional de los quimiorreceptores, los cuales, una vez alterados, generan **reflejos** que aumentan el tono simpático y que frecuentemente perduran durante la **vigilia**. También es necesario considerar que la acumulación de grasa en el hígado posee la capacidad de activar los sensores hepáticos que estimulan al sistema simpático por vía refleja, y que la sobrecarga grasa celular en general libera adipokinas que pueden cruzar la **barrera hematoencefálica** y activarlo desde el sistema nervioso

central. En algunas experiencias realizadas sobre roedores que se transformaron en obesos, se observó que una particular adipokina, denominada leptina, pierde la capacidad que posee (actuando sobre el **hipotálamo**) para suprimir el apetito, pero conserva en cambio su capacidad para incrementar la función del sistema simpático. Se ha comprobado además que la adiponectina (la adipokina que se produce con mayor abundancia en las células adiposas) que protege contra la **disfunción** endotelial, los cambios vasculares estructurales, y la aterosclerosis, (y cuya presencia está disminuida en la hipertensión) mantiene sus niveles normales en los obesos que no sufren hipertensión ni diabetes. Por último, a pesar del incremento del volumen sanguíneo, que debería suprimir la acción del sistema renina-angiotensina-aldosterona, todos los componentes de ese sistema aumentan su actividad de una manera típica en el paciente obeso, y la aumentan más cuando al sobrepeso se agrega hipertensión.

El síndrome metabólico “pleno” es un estado que promueve la inflamación y la **trombosis**, y conduce a la disfunción endotelial, la **intolerancia a la glucosa**, a la hipertensión y a la aterosclerosis. Si bien ambos factores, los genéticos y los epigenéticos, son necesarios para el establecimiento de un síndrome metabólico, su principal determinante es el exceso en el tejido graso corporal. El tipo de obesidad que se localiza especialmente en el abdomen es peor que la que se distribuye de un modo más amplio en el tejido subcutáneo, tanto sea desde el punto de vista de la propensión a los trastornos metabólicos como a las enfermedades cardiovasculares. Se admite, por ejemplo, que el incremento de la longitud de la circunferencia de la cintura es uno de los componentes principales del síndrome metabólico, cuyo diagnóstico requiere la presencia de tres o más componentes entre los que se detallan a continuación. Una medida de cintura igual o mayor de 102 cm en el hombre y 88 cm en la mujer. Una cifra de **triglicéridos** igual o mayor a 150 miligramos por decilitro. Una cifra de colesterol-lipoproteína de alta densidad (HDL) en la sangre menor de 40mg/dl en el hombre y de 50mg/dl en la mujer. Una presión arterial igual o mayor a 135/85 mm de Hg. Una glucosa en ayunas igual o mayor a 100mg/dl, inclusive en diabéticos.

Kaplan y Victor consignan que 19 millones de ciudadanos de los EE.UU. sufren una diabetes tipo 2, y que en 54 millones la tolerancia a la glucosa se encuentra disminuída. También señalan que la hipertensión coexiste con la diabetes con una frecuencia mayor de la que podía ser atribuida al azar. Los mecanismos patogénicos que permiten comprender esa frecuente asociación son los mismos que operan en la asociación de la hipertensión con el síndrome metabólico.

En síntesis

Si bien no existe una explicación satisfactoria acerca de cómo el aumento de la ingesta de sal se traduce en un incremento de la presión arterial, se considera que una inhabilidad renal para excretar el sodio es un defecto fundamental presente en toda hipertensión, y que el mecanismo de

regulación renal de los líquidos corporales es el único, entre los múltiples “controles” reguladores de la presión sanguínea, capaz de evidenciar un poder sostenido, es decir duradero. Por este motivo se afirma que un cambio en el ajuste de la relación entre la presión arterial y la excreción de sodio, desempeña una función principal en la enfermedad hipertensiva. Puede decirse que la presión sanguínea muestra un grado variable de “sensibilidad” o de “resistencia” a la sal. Se trata de una sensibilidad que depende de los genes, y que puede adquirirse por la influencia de otros factores, como la edad, el sobrepeso corporal, una dieta pobre en potasio o alguna injuria renal. Las acciones del riñón sobre la presión arterial se ejercen mediante dos mecanismos principales, la regulación del contenido líquido del organismo y la producción de sustancias que actúan sobre los vasos con efectos locales y sistémicos. Esos dos mecanismos se influyen recíprocamente.

El sistema conformado por la relación funcional de la renina, normalmente segregada por el riñón cuando la tensión desciende, con las hormonas angiotensina y aldosterona, ha llegado a ser considerado como un factor clave en la regulación del sodio y en la elevación sostenida de la presión arterial. Puede decirse que a través de la síntesis de la renina el riñón controla la actividad de dos potentes sistemas que aumentan la presión arterial, uno sistémico a través de la vasoconstricción mediada por la angiotensina II y la retención de sodio, mediada por la aldosterona, y otro intrarrenal que actúa por un mecanismo de isquemia renal que induce la retención de sodio.

Las grandes arterias ceden al aumento de la presión durante la contracción cardíaca y, reaccionando elásticamente, contribuyen, en el tiempo que media entre latido y latido, a mantener una presión mínima suficiente para una buena irrigación de los tejidos. Por este motivo, cuando a medida que aumenta la edad disminuye la elasticidad de los grandes vasos, la presión máxima (sistólica) tiende normalmente a incrementarse y la mínima (diastólica) a disminuirse, aunque otros factores de regulación pueden compensar ese efecto. El hecho de que el control principal de la resistencia vascular periférica se localice en los esfínteres capilares de las arteriolas microscópicas ubicadas entre la circulación arterial y su comunicación con el retorno venoso, apoya la idea de que en la patogénesis de la hipertensión en personas que todavía son jóvenes, predomina el aumento de la tensión diastólica, y que el incremento de la presión sistólica puede interpretarse como un

mecanismo compensatorio a los fines de mantener una adecuada diferencia entre la máxima y la mínima.

Las proteínas especializadas que se encuentran en las células del revestimiento interno de los vasos (endotelio) son sensibles a las fuerzas mecánicas de rozamiento y presión y actúan en una relación compleja con numerosos compuestos, entre los cuales se destaca la importancia que posee la acción vasodilatadora del óxido nítrico sintetizado en el tejido endotelial, ya que la disminución de la influencia de sistemas vasopresores, como el sistema renina-angiotensina, o el sistema nervioso autónomo, no parece suficiente para compensar la pérdida de la relajación vascular ocasionada por un déficit de óxido nítrico.

La persistencia de la hipertensión arterial suele producir, con el tiempo, modificaciones estructurales que “remodelan” a las arterias grandes, medianas y pequeñas y alteran el número de los vasos pequeños y de las arteriolas. La rarefacción funcional, o estructural, de la microcirculación disminuye la provisión de oxígeno y de nutrientes en la zona afectada y contribuye a que se mantenga o se agrave la enfermedad hipertensiva y sus consecuencias sobre los órganos comprometidos.

La influencia de los factores neurales en la regulación de la tensión arterial es indudable y bien establecida por la investigación fisiológica desde hace muchos años. El sistema nervioso simpático realiza un ajuste inmediato de la presión arterial, participando así en la adaptación de la tensión arterial en condiciones fisiológicas como el ejercicio, o en condiciones patológicas como la hipotensión por hemorragia, pero la hiperactividad simpática, por sí sola no parece ser suficiente para causar y mantener la hipertensión.

La observación permite comprobar que las personas obesas, las que presentan un síndrome metabólico, o una diabetes tipo 2, padecen la enfermedad hipertensiva con mayor frecuencia que las personas normales, y que esa frecuencia se incrementa cuando esos trastornos metabólicos coexisten en una misma persona. La condición constituida por la coexistencia de una expansión del volumen sanguíneo, con un aumento de la cantidad de sangre que el corazón arroja por minuto al torrente circulatorio (gasto cardíaco) y una resistencia vascular periférica que no logra descender lo suficiente para compensar ese gasto cardíaco, permite comprender la relación existente entre la obesidad y el aumento de la presión arterial. A estos factores se añade que el tejido adiposo no es

solamente un depósito de almacenamiento de energía potencial, sino que las células grasas producen además distintos tipos de sustancias activas que se denominan adipokinas, algunas de las cuales poseen un efecto que, aun siendo indirecto, es hipertensivo y arterioesclerosante. La sobreactividad del sistema nervioso simpático es quizás el mecanismo más importante entre los que ligan la obesidad con la enfermedad hipertensiva. El síndrome metabólico “pleno” es un estado que promueve la inflamación y la trombosis, y conduce a la disfunción endotelial, la intolerancia a la glucosa, a la hipertensión y a la aterosclerosis.

Una vez recorrido, a grandes rasgos, el panorama “patogenético” ofrecido por el conjunto de los factores que, hasta donde hoy sabemos, contribuyen al aumento de la presión arterial y a los daños que habitualmente la acompañan, o que cumplen la función de intermediarios en ese proceso, es necesario reparar en que los textos más solventes que se ocupan de este tema no omiten señalar repetidamente el hecho de que se ignora cuál es el *primum movens*, la causa original, que “pone en marcha” la concatenación de factores que configura el “cuadro” de la hipertensión esencial, que caracteriza a la inmensa mayoría de los hipertensos. Kaplan y Victor, en *Kaplan’s Clinical Hypertension*, un libro que, como ya hemos mencionado, constituye uno de los referentes privilegiados acerca del tema, afirman que puede sostenerse sobre bases sólidas que hay mecanismos neurales, renales, hormonales y vasculares involucrados que conspiran de mil maneras para producir hipertensión, pero que, a pesar de décadas de investigación y discusión, carecemos todavía de una concepción unitaria en la explicación de la génesis de la hipertensión primaria, que nos permita fundamentar un objetivo terapéutico singular, o etiológico, que apunte a la curación del trastorno. Señalan que, no obstante el progreso alcanzado en los últimos cuatro años, nada se ha alterado en el enfoque diagnóstico, en el tratamiento y en la prevención de la hipertensión esencial, de modo que el tratamiento mediante fármacos permanece **empírico**, ya que sólo se apoya en la evaluación de los resultados que aporta la experiencia.

CAP V

EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Evaluación y diagnóstico de la hipertensión arterial

La primera cuestión que surge en el ámbito de la clínica médica cuando se piensa en la actitud que debe asumirse frente a la enfermedad hipertensiva es establecer en donde comienza la tarea del médico. Y la primera respuesta es obvia: de acuerdo con la regla de que es mejor prevenir que curar, comienza en la **profilaxis**. Es claro sin embargo que esa es una regla general, que vale para todos los procesos que alteren la salud y, también, para otros infortunios. No se puede entonces, más allá de respetar algunas reglas amplias y generales, proteger a un caso individual, de manera específica, anticipada y simultánea, frente a cada una de las enfermedades posibles. Poner en marcha, en un paciente concreto, una medicina preventiva de la enfermedad hipertensiva que vaya más allá de las reglas de una vida higiénica, sólo tendrá sentido cuando algo permita suponer que esa particular enfermedad, en esa individual persona, es una eventualidad que, dentro del conjunto de todas las que son posibles, es una de las que están “muy cerca” de ocurrir. Se trata de una predicción que, precisamente en lo que se refiere a la enfermedad hipertensiva, ha conducido a que se hable de un estado prehipertensivo o, para peor, de una “prehipertensión”.

Kaplan y Victor señalan que la existencia de una “prehipertensión” no es aceptada en las recomendaciones oficiales publicadas en el 2007 por la *Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology*, y que Marshall, en un trabajo publicado en el 2009, sostiene la acusación de que

se trata de un regalo a los que venden drogas antihipertensivas. Pero añaden que a pesar de que el concepto ha sido cuestionado, ha sido reconocido por el *Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*, en su séptimo informe (2003) y que el término ha ido ganando aceptación dentro del mundo médico. El mencionado informe expresa que “La prehipertensión no pertenece a la categoría de las enfermedades. Es, mejor dicho, una designación elegida para identificar individuos con un alto riesgo de desarrollar hipertensión, de modo que tanto los pacientes como sus médicos estén alertados frente a ese riesgo y animados para intervenir y prevenir o demorar el desarrollo de la enfermedad.”

Dado que para muchos autores la evaluación y el tratamiento de la enfermedad hipertensiva comienza con el diagnóstico de un estado prehipertensivo, es imprescindible que volvamos ahora sobre los fundamentos, que pueden ser mejor o peor establecidos, sobre los cuales se construye ese diagnóstico. Una cosa es afirmar el “estado prehipertensivo” de un determinado paciente basándose en la experiencia aportada por observaciones clínicas que permiten comprender, por ejemplo, los vínculos que ligan los modos funcionales presentes en un hábito constitucional, o en un estilo de vida, con la “mayor posibilidad” (aunque no con la certeza) de llegar a desarrollar una enfermedad hipertensiva. Otra cosa muy distinta es afirmar (como suele hacerse con frecuencia desaprensivamente) que “algo” que se designa “prehipertensión” (y se caracteriza como un alto riesgo de enfermedad hipertensiva) existe concretamente en el caso individual de ese paciente, apoyándose únicamente en la estadística de que la enfermedad hipertensiva es más frecuente entre las personas cuyas cifras tensionales oscilan entre 120-139/80-89, ya que, con mayor razón tratándose de realidades complejas, la precisión estadística que rige para una población va decreciendo en proporción directa con el descenso en el número de casos a los cuales se aplica, para convertirse en nula frente al caso individual.

Recordemos lo que Samuel Mann califica como una “epidemia de sobrediagnóstico” cuando señala que por lo menos un 25% de las personas a las cuales se les ha diagnosticado una hipertensión no requieren tratamiento y no son hipertensos. Si es cierto que puede hablarse realmente de una “epidemia”, el hecho conduce a pensar que el criterio sustentado por Rose cuando afirma que “la definición operacional

de la hipertensión es el nivel en el cual el beneficio de la acción excede al de la inacción”, es especialmente válido cuando va adquiriendo consenso la idea de que, apoyándose únicamente en un leve aumento de la presión arterial, puede determinarse la existencia de un estado “prehipertensivo”.

Cuando, como reacción secundaria de una enfermedad que se inicia en otros órganos, se registra un aumento sostenido en las cifras de la presión sanguínea, el diagnóstico de hipertensión no suele presentar dificultades. Tampoco suele presentarlas en aquellas otras circunstancias, mucho más frecuentes, en que una hipertensión primaria evoluciona hasta un punto en que llega a dañar otros órganos, ya que en esos casos existe evidencia clara de que la hipertensión se ha convertido en una enfermedad hipertensiva. Cuando, en cambio, las cifras de la tensión sanguínea, discretamente elevadas, son el único signo que el examen médico registra, la situación es distinta.

Si partimos de la idea, que la estadística confirma, de que el valor numérico de la presión arterial se asocia en forma lineal y continua con el riesgo cardiovascular, el diagnóstico de hipertensión parece estar exento de dificultades: como ya lo hemos dicho se acepta que es suficiente con registrar, por lo menos dos veces, con una técnica cuidadosa, y en no menos de dos ocasiones distintas de la consulta inicial, una tensión que está por encima del valor establecido como normal. Sin embargo la cuestión dista mucho de ser tan sencilla. No sólo porque, como señala Majul, “el umbral con el cual se hace el diagnóstico y se establece la terapéutica es arbitrario y está basado en una relación costo beneficio que varía según las poblaciones consideradas”, sino también, y ante todo, porque un leve distanciamiento del promedio en ese único parámetro no constituye, en rigor de verdad, una enfermedad. Recordemos las palabras con las cuales finalizamos el capítulo segundo: no todos los estados que se caracterizan como prehipertensivos evolucionarán espontáneamente hacia una hipertensión esencial y, cuando eso sucede, no todos los pacientes, aún entre aquellos que no reciben tratamiento, recorrerán las tres fases de una enfermedad hipertensiva, ni evidenciarán trastornos de una gravedad similar.

El hecho es que, a partir de ese único signo (la presión elevada), se puede llegar a encontrar otros que llevarán a descubrir, por ejemplo, que el enfermo padece lo que solía llamarse (de acuerdo con la distinción de

Volhard²⁹) una hipertensión blanca, pálida, considerada maligna, o tal vez una roja, caracterizada por una tez rubicunda, con una evolución más benigna. Esa posibilidad de que el aumento de la tensión arterial evolucione de diversas maneras ha llevado a que algunos autores señalen que la palabra hipertensión no designa una enfermedad sino un conjunto de trastornos distintos. Pero también es posible que un paciente con un discreto aumento en las cifras de su tensión arterial, viva el resto de su vida sin presentar jamás síntomas ni signos que puedan atribuirse a la hipertensión que, muchos años atrás, le han diagnosticado.

Cae por su propio peso, entonces, la verdad de la sentencia que reza: “sólo se deberá intervenir cuando el beneficio de la acción exceda al de la inacción”. Demás está decir que tenerlo en cuenta exige una cuidadosa evaluación que no siempre se emprende, a pesar de las inevitables repercusiones que trae consigo, por ejemplo, el comunicarle a una persona, de pronto, el simple hecho de que deberá, so pena de sufrir en el futuro daños que podrán ser graves, limitarse en algunos de los hábitos que le producen placer, e ingerir cotidianamente un medicamento durante el resto de su vida, el cual, para colmo, produce a veces efectos secundarios indeseados.

Samuel Mann, acerca de quién cabe subrayar ahora que es investigador y profesor asociado de clínica médica en el *Hypertension Center of the New York Presbyterian Hospital-Cornell Medical Center*, no escatima palabras para referirse al cuidado con el cual se debe realizar el diagnóstico. Ese cuidado no solo consiste en medir la presión varias veces y en diferentes circunstancias. Dentro y fuera del consultorio médico, recostado o sentado, en diferentes horas del día o en diferentes estados de ánimo que pueden durar días o semanas. Consiste también, y sobretodo, en esperar, cuando no existen otros signos que un aumento leve de la presión sanguínea, hasta que una persistencia de esas cifras, prolongada durante varios meses, otorgue suficiente fundamento como para diagnosticar una enfermedad, la hipertensión, que, en todo caso, cuando produce los daños que no siempre produce, tardará muchos años en hacerlo. No ha de extrañarnos entonces la recomendación que Mann escribe para las personas que han recibido el diagnóstico: “Antes de esforzarse para tratar de entender porqué tiene usted hipertensión, y antes de aceptar que necesita medicación durante toda su vida, asegúrese de que realmente la tiene.”

²⁹ Farreras Valentí Pedro y Rozman Ciril, *Medicina interna*, Marín, Barcelona, 1972.

Prescripciones que se refieren al estilo de vida

Entre los factores epigenéticos que dependen de los modos de vivir que constituyen hábitos, y que influyen en el curso de una hipertensión, suele destacarse la importancia del sobrepeso corporal, el estrés emocional, el consumo de sal y la vida sedentaria. Además se mencionan en un lugar destacado el consumo de tabaco, y los excesos en la ingestión de bebidas alcohólicas o aquellas que, como el café, el té, el mate, o las “colas”, contienen **cafeína** o algunos de sus equivalentes. Todos ellos son factores que se relacionan entre sí y se realimentan recíprocamente.

Acerca del tabaco el alcohol y la cafeína diremos, en resumen y simplificando un poco, en lo que a la hipertensión se refiere (y dejando de lado sus otros efectos), que actúan estimulando al sistema simpático, cuya acción patogénica sobre la tensión arterial hemos comentado en el capítulo anterior. Sin embargo, la cuidadosa evaluación realizada por Kaplan y Victor de los numerosos trabajos que contemplan esos factores los conduce a señalar que, si bien no caben dudas del beneficio que deriva de una actitud mesurada en el consumo de esas sustancias, es difícil discernir en un caso concreto la magnitud del efecto que cada uno de ellos produce, ya que la evidencia de su influencia sobre la presión arterial se diluye cuando la hipertensión progresa.

En cuanto al sobrepeso, la vida sedentaria y el consumo de sal, también ya hemos dicho lo esencial en ese mismo capítulo, destinado a la patogénesis de la hipertensión, y sólo resta agregar que habitualmente se prescriben, a los pacientes hipertensos, recomendaciones acerca de la necesidad de un cambio saludable en los hábitos que configuran el modo en que se vive. Esos consejos se consideran a veces suficientes cuando la hipertensión es leve o en los estados que se definen como prehipertensivos, pero son más frecuentes los casos en los cuales la receta se completa con la prescripción de fármacos. Mann señala que a menos que la tensión arterial se encuentre bastante elevada, es decir por encima de 180/110, suele haber suficiente tiempo para confirmarlo sin necesidad de precipitarse para comenzar a medicarla. Por desgracia, agrega, es común el pensar erróneamente que una hipertensión no tratada expone al riesgo de sufrir en cualquier momento un accidente cerebrovascular, cuando en realidad ese riesgo en una hipertensión leve puede concretarse en años o en décadas, no en semanas o meses. Por lo tanto, continúa diciendo, queda,

en general, tiempo suficiente para observar si la presión arterial desciende espontáneamente, lo cual suele suceder en un tercio de las personas con una hipertensión moderada (140-160/90-100).

Si bien los mecanismos por los cuales la obesidad puede ocasionar hipertensión permanecen oscuros a pesar del esfuerzo dedicado a la investigación, los estudios realizados demuestran que la disminución en el sobrepeso corporal influye en el descenso de la presión sanguínea. Algo similar puede decirse sobre la acción benéfica del ejercicio físico y de la reducción en la ingesta de sodio. A lo cual cabe agregar que también se ha comprobado que una disminución en el consumo de sal potencia la acción de algunos fármacos antihipertensivos. Es necesario señalar, sin embargo, que de acuerdo con lo que afirma Mann, es un error muy común el suponer que todo paciente hipertenso se beneficiará con una restricción en la ingesta de sal, ya que los estudios realizados han demostrado que sólo en uno de cada tres pacientes hipertensos se logrará descender las cifras de su tensión arterial de esa manera, y que en otros puede ser perjudicial. Por otra parte numerosos autores coinciden en afirmar que en lo que se refiere a la modificación de las conductas que se arraigan en hábitos consolidados y que determinan, por ejemplo, el exceso de peso o el sedentarismo, en la mayoría de los casos no se alcanza el objetivo.

Con respecto al estrés que, tanto sea “físico” como emocional, posee la capacidad para incrementar los valores de la presión arterial activando el sistema **simpáticoadrenal**, permanece la duda de si esa capacidad es suficiente para mantener “crónicamente” una hipertensión. Se ha sostenido, por ejemplo, que las elevaciones transitorias de la tensión arterial que forman parte de una modalidad reaccional frente al estrés, y que suelen repetirse con una continuidad en el tiempo, aun siendo leves alteran “crónicamente” los factores de regulación y conducen por fin hacia una hipertensión sostenida. Sin embargo eso se contradice con el hecho de que las repetidas elevaciones de la tensión arterial que son normales, por ejemplo durante el trabajo o el esfuerzo, no conducen hacia una hipertensión permanente.

En lo que se refiere al estrés emocional en cambio, cuyo mecanismo de acción es más complejo, cabe señalar que, más allá de los consejos, que suelen ser inútiles, acerca de no involucrarse con tanta intensidad afectiva en los problemas, se ha implementado una técnica, denominada **biofeedback**, que consiste en sesiones periódicas durante las cuales se

invita al paciente a prestar atención a su estado emocional, mientras un registro de alguna de sus funciones fisiológicas (la tensión arterial, por ejemplo), le permite hacer consciente la relación que existe entre las variaciones de esas funciones y el estado emocional, y lo capacita de ese modo para comenzar a controlar esas variaciones. La utilización del biofeedback con los pacientes hipertensos no ha dado los resultados que cabía esperar, y esto puede comprenderse si tenemos en cuenta que la técnica de biofeedback no alcanza, la mayoría de las veces, para poder llevar a la consciencia emociones importantes que se mantienen ocultas. En el décimo capítulo nos ocuparemos de esta cuestión que atañe a las posibilidades que ofrece la psicoterapia.

Samuel Mann que, se ha dedicado especialmente a investigar el tema emocional en la hipertensión, escribe: *Si alguna vez hubo una condición acerca de la cual se cree que está ligada a las emociones y al estrés es la hipertensión. Sin embargo, sorprendentemente, décadas de investigación no muestran que el estrés emocional que sentimos es la causa mayor de hipertensión, o que las técnicas de relajación destinadas a reducir el estrés la pueden eliminar. Contrariamente a la expectación popular la investigación no ha podido sustentar la noción de que la gente con hipertensión se siente más tensa o enojada, o está más sometida al estrés, que la normotensa. Sin embargo mi experiencia tratando a miles de personas con presión arterial aumentada me dice que existe una crucial conexión con las emociones, pero una que es muy diferente de lo que mucha gente cree. Me dice que las emociones que habitualmente sentimos tienen que ver menos con la hipertensión que las emociones que albergamos pero que no sentimos, y que frecuentemente ni siquiera sabemos que existen en nosotros. Creo que este punto de vista ofrece una explicación para la hipertensión donde los puntos de vista tradicionales han fallado y ofrece un enfoque para el tratamiento que puede guiarnos hacia una curación de ambos aspectos, el físico y el emocional. Habilita a algunas personas para poder prescindir de la medicación y provee un fundamento racional para elegir la droga antihipertensiva correcta para quienes necesitan un tratamiento con fármacos.* Mann también agrega un “dato” que nos ocupará más adelante y que ahora deseamos subrayar. Afirma que es claro que no todos los que bloquean emociones muy penosas desarrollarán una hipertensión arterial. Se ha observado, además, que un mismo paciente reacciona a veces con hipertensión a un determinado tipo de estrés y otras veces no, o que permanece normal frente a una clase de estrés diferente.

Antes de abandonar este tema sobre el cual volveremos luego de realizar una breve recorrida sobre las posibilidades que ofrece el tratamiento farmacológico, diremos que Mann, a pesar de la perspicacia con la cual interpreta su experiencia y la claridad con que la expresa en el párrafo que citamos, también señala que, si bien sería erróneo sostener que en ningún paciente la hipertensión se relaciona con las emociones y que por lo tanto el factor emocional debe ser ignorado, como algunos médicos e investigadores parecen decir, igualmente erróneo sería sostener que toda hipertensión es causada por emociones, como algunos “psicosomatistas” parecen sugerir, o recomendar un tratamiento fundamentado en las emociones para toda persona con un aumento de la presión arterial. Y concluye afirmando que ha visto muchos pacientes en los cuales las emociones juegan un rol fundamental como causa de la hipertensión, y otros pacientes, igualmente hipertensos, en quienes no es así.

La prescripción de fármacos en la hipertensión esencial

Una vez decidida la cuestión, que a veces se presenta difícil, de que la elevación en la presión arterial de un paciente no es un fenómeno transitorio exento de una significación clínica importante, sino que corresponde a una hipertensión “verdadera”, es necesario decidir si la hipertensión es secundaria y exige tratar a la enfermedad principal, o si, como ocurre la mayoría de las veces, es una hipertensión primitiva. El próximo paso conduce a distinguir, frente a un particular paciente, si la terapéutica puede limitarse a recomendar algunos cambios en el estilo de vida, o si deberá completarse con la prescripción de fármacos y, de ser así, habrá que elegir los que mejor se adapten a la condición del paciente.

Los distintos fármacos disponibles ejercen su acción a través de mecanismos distintos y, por la forma en que actúan, se los puede agrupar, a grandes rasgos, en diuréticos (que disminuyen el volumen sanguíneo circulante), inhibidores del sistema adrenérgico y vasodilatadores (que actúan sobre la resistencia que ofrece el territorio vascular), e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, y bloqueadores de los receptores de la angiotensina II (que actúan de ambas maneras). Mann señala que, a pesar de que muchos de los mecanismos que intervienen no están claros todavía, dos sistemas orgánicos han mostrado estar íntimamente involucrados en el desarrollo de la hipertensión, el cerebro y

el riñón. A esa evidencia ha contribuido especialmente el uso de las drogas antihipertensivas dirigidas a la modificación de ambos sistemas.

Un conjunto, el sistema nervioso simpático, vincula al cerebro con el corazón y las arterias, el otro, la rama adrenal, lo vincula con las glándulas **suprarrenales**. Muchos estudios han demostrado que es más común encontrar un incremento en la activación del sistema simpático adrenal en las personas que sufren una hipertensión que en las normotensas, pero el porqué es todavía un misterio que ha desafiado a la investigación durante décadas. En cuanto al papel que, en algunos hipertensos más que en otros, desempeñan los riñones en el aumento de la tensión arterial, cabe destacar que valoran la magnitud del volumen sanguíneo y de la presión de la sangre basándose en el flujo sanguíneo que reciben, y que su capacidad de regular la presión arterial se ejerce mediante dos mecanismos. El primero es su posibilidad de aumentar o disminuir el volumen sanguíneo a través de la excreción o retención de agua y de sodio. El segundo consiste en la secreción de renina en los glomérulos renales, que pone en marcha el sistema renina-angiotensina-aldosterona, que ejerce su influencia sobre la presión arterial produciendo vasoconstricción, aunque también la ejerce influyendo en la regulación del volumen sanguíneo.

Resumiremos brevemente lo que Mann expone acerca de los conceptos que fundamentan la utilización de los distintos fármacos, ya que, aun siendo esquemática, y a pesar de que en muchos hipertensos es imposible establecer cuál de los dos sistemas es el que está más comprometido, ofrece un panorama claro.

La estimulación de los nervios del sistema nervioso simpático aumenta la presión dado que contrae a los vasos, estrechando su luz, e incrementa la fuerza de las contracciones cardíacas. Estos efectos son mediados por un neurotransmisor, la **noradrenalina**, que actúa sobre los **alfarreceptores** localizados en la pared de las arterias y en el corazón. La estimulación de los alfarreceptores desencadena cambios bioquímicos que originan la contracción de los **músculos lisos** de la pared arterial que producen la vasoconstricción. Habitualmente no percibimos conscientemente la constricción vascular, sólo algunas veces podemos sentirla como sensación de frío en las manos o en los pies.

La estimulación de los nervios que ligan al cerebro con las glándulas suprarrenales (que segregan y vierten en la sangre hormonas muy importantes, entre las cuales cabe destacar la adrenalina, la **cortisona** y la aldosterona), incrementa la secreción de

adrenalina, que estimula a los **betarreceptores** en el corazón, aumentando la fuerza de sus contracciones, y en el riñón, incrementando la secreción de renina, cuyos efectos sobre el aumento de la tensión arterial ya describimos. En cuanto a los efectos de la cortisona sobre la hipertensión arterial puede decirse que, a pesar de haber sido ampliamente estudiados, no se han logrado establecer con claridad. Aunque la estimulación cerebral del sistema simpático-adrenal (que funciona “a corto plazo” frente a las necesidades repentinas de aumentar la tensión arterial) está vinculada a las situaciones de alarma y de ansiedad, esa estimulación puede funcionar, y de hecho así sucede muchas veces, sin que las sensaciones de alarma o la ansiedad lleguen a la conciencia.

Algunas de las drogas antihipertensivas más usadas actúan bloqueando los efectos del sistema simpático-adrenal sobre la presión sanguínea. Así sucede con los fármacos betabloqueantes y con los alfabloqueantes, que se ligan respectivamente con los beta y alfa receptores, impidiendo que la adrenalina pueda hacerlo. También existen bloqueadores del **canal de calcio**, que bloquean los canales a través de los cuales el calcio entra en las células del músculo liso en la pared de las arterias produciendo vasoconstricción. El aumento del calcio intracelular también depende de un incremento en la concentración de sodio que, a su vez, depende de la función renal.

Si bien se sabe que la actividad del sistema que se inicia en la secreción de la renina puede ser estimulada por la influencia que ejerce la adrenalina circulante sobre los betarreceptores que residen en el riñón, el origen de la sobreactividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona no ha sido bien esclarecido. Se sabe sin embargo que es la causa principal de la tercera parte de los casos de hipertensión, y la inhibición de ese sistema en algún punto de su encadenamiento funcional constituye habitualmente uno de los objetivos hacia los que apunta más frecuentemente el tratamiento con fármacos.

Es importante consignar que determinar la cantidad de renina presente en el plasma permite algunas veces (sólo en un 50% de los casos) diferenciar con claridad entre dos tipos de hipertensión entre las que se consideran condicionadas principalmente por la función renal. Cuando esa diferenciación es posible ambos tipos, de acuerdo con lo que sostiene Mann, orientan hacia una terapéutica diferente. En las hipertensiones en donde el incremento del volumen circulante predomina sobre el aumento de la renina, el efecto de la restricción en el consumo de la sal sobre la presión arterial es notable, en las otras, en donde predomina el aumento de la renina sobre el incremento del volumen, el efecto de la reducción en la ingesta de sodio es pobre, ya que de ese modo sólo se obtiene un descenso de la presión sanguínea en uno de cada cuatro hipertensos. Para el primer tipo Mann recomienda la restricción salina, diuréticos y bloqueadores del canal cálcico, para el segundo, inhibidores de la **enzima** convertidora de la angiotensina, antagonistas de la angiotensina II y betabloqueantes (que impiden que los betarreceptores, estimulados por la adrenalina, incrementen la secreción de renina).

Algunas dificultades frecuentes

Algunas estadísticas muestran que en los EE. UU. sólo controlan su hipertensión un 33% de los adultos hipertensos. Kaplan y Victor señalan que esto no es mucho mejor que lo que ocurre en la ciudades de Europa occidental, a pesar de que en esos países se gasta en salud pública, por habitante, menos de la mitad que en los EE. UU. Otras estadísticas afirman que sólo el 69% de las personas a las cuales se les encuentra una hipertensión arterial, eran previamente conscientes de su condición, y que sólo el 27 % de los casos tratados logran normalizar su tensión. Kaplan y Victor señalan que un 10% de los hipertensos adultos deben ser considerados como casos de hipertensión resistente porque no logran descender su tensión (a cifras menores de 140/90) a pesar de haberlo intentado con tres drogas distintas.

De acuerdo con las estadísticas citadas, la tensión arterial desciende en aproximadamente un 30% de los hipertensos tratados, y un 10% presenta una resistencia a los fármacos, cabe preguntarse entonces a qué se debe el fracaso del 60% restante. Numerosos autores coinciden en que debe imputarse a un conjunto de circunstancias entre las cuales mencionan la resistencia a seguir las recomendaciones higiénicodietéticas que implican un cambio en el estilo de vida, y a la discontinuidad, o a la interrupción, de la terapéutica farmacológica. En cuanto a los defectos en el uso de los medicamentos prescritos subrayan factores como la intolerancia con respecto a los fenómenos colaterales indeseados que esos fármacos suelen producir y el gasto, para muchas personas oneroso, que implica comprar una droga que es necesario usar durante toda la vida, frente a una enfermedad que a veces no da síntomas y que no se cura.

Mann señala que es un error, ampliamente difundido, creer que existe una droga que es mejor y más eficaz que cualquier otra en el descenso de la presión arterial. Todas ellas funcionan en un 50% o 60 % de los pacientes hipertensos. Otro error es creer que, por ese motivo, una droga puede ser elegida al azar para tratar a un determinado paciente. Dado que cada droga desciende la tensión por medio de un mecanismo distinto y específico, es posible optimizar su efecto si puede determinarse en cada paciente cuáles son los mecanismos que predominan en su hipertensión. Mann subraya que este criterio no suele ser tenido en cuenta en la práctica médica y se queja de que el último informe de *Joint National Committee on the Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* no promueve la idea de seleccionar una droga acorde con el

mecanismo de cada hipertensión. De modo que el único criterio que se utiliza en la práctica, conduce a seleccionar en primer lugar las drogas que, como los antagonistas de la angiotensina II, suelen producir menos efectos secundarios.

Hay un acuerdo general, en cambio, en que la eficacia del tratamiento farmacológico aumenta cuando (excepto en algunos casos iniciales) se combinan varias drogas que pueden utilizarse, de este modo, en dosis menores, ya que potencian su acción ejerciendo distintos efectos. La posibilidad de utilizar dosis menores tiene especial valor, porque tiende a disminuir los trastornos secundarios que suelen producir los fármacos antihipertensivos. Esos trastornos secundarios recorren una amplia gama que no depende sólo del fármaco sino también del paciente. Se pueden presentar síntomas más o menos molestos (como tos o somnolencia), o inhabilitantes (como una disminución en la capacidad de erección del genital masculino) y también alteraciones que pueden llegar a ser peligrosas (como una disminución de la cantidad del potasio plásmico). Antes de abandonar el tema de las dificultades que se presentan en el tratamiento farmacológico de la hipertensión, es necesario incluir algunas reflexiones que retomaremos luego, desde otro punto de vista, en el próximo capítulo. En un apartado de su libro *the Biology of Belief*, titulado “¡No hay efectos secundarios, hay efectos!” Bruce Lipton³⁰, biólogo celular de la *Stanford University’s School of Medicine*, señala que cuando a través de la prescripción de fármacos, se intenta “reparar” una enfermedad o una alteración funcional, proporcionando el eslabón faltante, o modificando el defectuoso, de una cadena de montaje química o biológica, es porque se está utilizando un modelo “lineal” y reduccionista que atribuye a la física newtoniana. El flujo de información en el universo de la **teoría cuántica**, en cambio, es de naturaleza **holística**. Los elementos funcionales están entrelazados en una compleja red de “bucles” comunicativos, de modo que cambiar por ejemplo la concentración de un elemento “C” no influye solamente en la acción del siguiente, “D”, sino también en interacciones de “ida y vuelta” entre “A”, “B”, “E”, “D”, y, en general, en todos los elementos que integran la complejísima e inabarcable red.

Cuando se ingiere o se inyecta una sustancia con el propósito de mejorar, la función de un órgano, como sucede en la insuficiencia cardíaca o en el asma bronquial, esa sustancia, a través del flujo circulatorio, recorre todo

³⁰ Lipton Bruce, *The Biology of Belief*, Mountain of Love/Elite Books, Santa Rosa CA, 2005.

el organismo e influye, muchas veces de manera indeseada, sobre los otros órganos. Utilizamos por ejemplo antihistamínicos, que alivian eficazmente reacciones de hipersensibilidad como la **urticaria** intermediadas por la histamina. Pero la histamina es un **neurotrasmisor** que también interviene en las funciones cerebrales, no es de extrañar entonces que el uso de los antihistamínicos suela provocar sueño como efecto “secundario” y que deba recomendarse precaución si quien lo ingiere debe conducir un automóvil. Debemos llegar entonces a la resignada conclusión de que la terapéutica farmacológica, a pesar de que nos proporciona recursos importantísimos de los cuales muchas veces es imposible prescindir, se parece, infortunadamente, a lo que sucedería si nos viéramos obligados a tocar el piano con unos guantes demasiados gruesos, que nos llevarían inevitablemente a tocar las notas vecinas de la que queremos pulsar.

CAP VI

¿ENFERMEDAD DE ALGO O ENFERMEDAD DE ALGUIEN?

Acerca de lo físico y lo psíquico

Hace poco, en un libro acerca del cáncer³¹, utilizaba como epígrafe de su primer capítulo, una cita de Weizsaecker³² que me parece conveniente reproducir aquí, porque marca un camino que, más tarde o más temprano es imprescindible recorrer. *Aprendimos que el cuerpo humano se compone de tejidos, y que los tejidos se componen de sustancias químicas. Aprendimos que todo esto se modifica en las enfermedades de acuerdo a la forma y a la composición. Ahora podemos emitir un juicio: esto está enfermo. Pero el enfermo puede decir: yo estoy enfermo. ¿Es que una célula puede decir “yo”? ¿Es que una molécula, un átomo, un electrón, pueden decir “yo”? ¿Quién es aquel que dice “yo”? Sólo nos enseñaron cuestiones acerca de las cosas que son “algo”, no aprendimos nada de cosas que son “alguien”. Pero la consulta comienza con que alguien nos dice “estoy enfermo”, y nos asombramos de que no nos desconcertemos inmediatamente, dado que no hemos aprendido nada de eso; si fuésemos sinceros deberíamos estar desconcertados.*

Cuando, en el capítulo cuarto, nos ocupamos de los factores que influyen en la hipertensión arterial, expusimos las razones por las cuales, estudiando la etiopatogénesis del aumento sostenido de la tensión sanguínea, el término “factores” fue ocupando cada vez mayor espacio para referirse a lo que en otros momentos se designa como “causa” o como “mecanismo”. Si volvemos ahora sobre la cantidad de factores involucrados en la hipertensión, sobresale el hecho, digno de la mayor atención, de que casi todos esos factores, se trate de alteraciones renales, vasculares, hormonales, metabólicas, o neurales, sean genéticos o epigenéticos, pueden incluirse con facilidad, en la “clase” de los fenómenos “físicos”, pero es evidente que no ocurre así cuando nos referimos a los hábitos que configuran el estilo de vida o al estrés psicológico. Debemos preguntarnos entonces cómo se integran, como se

³¹ Chiozza Luis, *Cáncer. ¿Por qué a mí, por qué ahora?*, Libros del Zorzal, Bs. As. 2010.

³² Von Weizsaecker Victor, (1927) “El médico y el enfermo”, *Die Kreatur*, revista editada por Victor von Weizsaecker, Martín Buber y Joseph Wittig, traducción de Dorrit Busch

relacionan, o en que terreno se encuentran, para poder influenciarse mutuamente, los fenómenos físicos y los fenómenos psíquicos. Una extensa cita textual de Hofstadter³³, físico, matemático y profesor de ciencias cognitivas, que no podría resumir sin privarla de su claridad, puede contribuir a iluminar esta cuestión.

Termodinámica y mecánica estadística

Me crié junto a un físico (mi padre) y, debido a ello, siempre me resultó natural contemplar la física como esa cosa que subyace tras todo lo que ocurre en el universo. Siendo aún muy joven me enteré, gracias a libros de divulgación científica, de que las reacciones químicas eran consecuencia de la física implícita en las interacciones atómicas y, cuando aprendí un poco más, de que la biología molecular derivaba de leyes físicas actuando sobre moléculas complejas. En definitiva, crecí pensando que no había lugar para más fuerzas que las cuatro básicas que los físicos han identificado hasta ahora (gravedad, electromagnetismo y los dos tipos de fuerza nuclear, fuerte y débil).

¿Cómo conciliar, entonces, esa creencia con el convencimiento, posteriormente adquirido, de que la evolución ha ido modificando el diseño del corazón, de que los dogmas religiosos han sido causa de guerras, de que la nostalgia fue un elemento clave al componer Chopin cierto estudio para piano, de que los celos profesionales han dado origen a muchas críticas literarias negativas y así sucesivamente? Esas fuerzas causales macroscópicas tan visibles parecen ser de una naturaleza completamente distinta a las de las cuatro inefables fuerzas físicas que, para mí, eran la causa última de todo.

La respuesta es sencilla: comprendí que esas “fuerzas macroscópicas” son meras formas de describir patrones complejos engendrados por las fuerzas físicas básicas, de manera similar a como los físicos observaron que conceptos macroscópicos tales como fricción, viscosidad, translucidez, presión y temperatura podían ser entendidos como regularidades altamente predecibles, determinadas por la estadística de un vasto número de constituyentes microscópicos invisibles pululando en el espacio-tiempo y colisionando unos contra otros sin otra ley que la dictada por esa cuatro fuerzas fundamentales.

³³ Hofstadter Douglas, *Yo soy un extraño bucle. ¿Por qué un fragmento de materia es capaz de pensar en sí mismo?*, [2007] Tusquets editores, Barcelona, 2008.

*Me di cuenta también de que esa especie de salto entre niveles de descripción me reportaba algo muy valioso para un ser vivo: la comprensibilidad. Describir el comportamiento de un gas mediante un papel que contuviera un número de ecuaciones comparable al **número de Avogadro** (suponiendo que una hazaña así fuese posible) no nos llevaría a comprender nada. Por el contrario, desechar una enorme cantidad de información y limitarse a hacer un resumen estadístico demuestra ser enormemente útil. Así como resulta cómodo hablar de “un montón de hojas caídas” sin especificar la forma, la orientación y el color exactos de cada hoja, es mucho más manejable referirse a un gas especificando simplemente su temperatura, volumen y presión sin añadir otros datos.*

Todo esto, por supuesto, le es sumamente familiar a los físicos y a muchos filósofos, y podría ser resumido en esta frase: “La termodinámica se explica con la mecánica estadística”; aunque, quizás, la idea es aun más clara si le damos la vuelta a la afirmación: “La mecánica estadística se puede obviar en el marco de la termodinámica”.

*Nuestra existencia como animales cuya percepción se ve limitada al mundo de los objetos macroscópicos cotidianos, nos obliga a funcionar sin referencia alguna a entes y procesos que tienen lugar a niveles microscópicos. Nadie sabía nada de los átomos hasta hace poco más de cien años y, sin embargo, la humanidad se desenvolvía perfectamente. Fernando de Magallanes circunnavegó la Tierra, William Shakespeare escribió obras de teatro, Johann Sebastian Bach compuso cantatas y Juana de Arco acabó en la hoguera y todos ellos obraron movidos por una razones que nada tenían que ver con el **ADN**, el **ARN** o las proteínas, ni con el carbono, el oxígeno, el hidrógeno o el nitrógeno, ni menos aun con los **fotones**, los **electrones**, los **protones** y los **neutrones**, y no digamos con los **quarks**, los **gluones**, los **bosones W y Z**, los **gravitones** y las **partículas de Higgs**.*

Pensodinámica y mentalica estadística

Parece claro, por tanto, que cada nivel de descripción posee una utilidad distinta, dependiendo del propósito y del contexto, y he querido plasmar mi punto de vista sobre esta verdad tan simple al aplicarla al mundo del pensamiento y el cerebro mediante la frase: “La pensodinámica se explica con la mentalica estadística”, y su versión invertida: “La mentalica estadística se puede obviar en el marco de la pensodinámica”.

¿Qué quiero decir con esos términos, “pensodinámica” y “mentálica estadística”? Muy sencillo. La pensodinámica es el equivalente de la termodinámica; involucra estructuras y patrones a gran escala [.....]³⁴ y no hace referencia a sucesos microscópicos tales como disparos neuronales. La pensodinámica es lo que estudian los psicólogos: cómo tomamos decisiones, cometemos errores, percibimos patrones, evocamos recuerdos, etcétera.

*Por el contrario, entiendo por “mentálica” los fenómenos a pequeña escala que tradicionalmente estudian los neurólogos: el modo en que los neurotransmisores atraviesan las **sinapsis**, cómo se interconectan las células, cómo los conjuntos de células resuenan en sincronía, y así sucesivamente. Y por “mentálica estadística” entiendo el comportamiento colectivo y promediado de esos pequeños entes: la resultante de esos inmensos enjambres de actividad microscópica y no los diminutos zumbidos individuales que la componen.*

Sin embargo [.....]³⁵, en el cerebro no existe un único salto natural ascendente, como sucede en un gas, desde los constituyentes básicos hasta el sujeto de estudio en su conjunto; en lugar de ello existen muchas estaciones intermedias en el camino ascendente que va desde la mentálica hasta la pensodinámica, y esto da lugar a que sea particularmente difícil para nosotros ver, o incluso imaginar, una explicación de nivel cero (el de las neuronas) de cuestiones tales como por qué cierto profesor de ciencias cognitivas decidió en cierta ocasión devolver a su estante un libro sobre el cerebro, o se abstuvo en otra de espachurrar un insecto, o le entró la risa durante una solemne ceremonia, o exclamó, al lamentar la marcha de una apreciada colega: “Nos costará llenar el hueco que deja”.

*Las urgencias del día a día nos obligan a hablar de los sucesos cotidianos al nivel de lo que percibimos directamente de ellos. Se trata del nivel de acceso que nos proporcionan nuestros órganos sensoriales, nuestro lenguaje y nuestra cultura. Desde la más tierna infancia manejamos conceptos tales como “leche”, “dedo”, “pared”, “mosquito”, “aguijón”, “picadura”, “aplastar”, etcétera. Percibimos el mundo en términos de ese tipo y no a base de nociones microscópicas como “trompa” o **“folículo***

³⁴ En donde están los puntos suspensivos Hofstadter dice “en el cerebro”, pero (aunque me siento obligado a aclararlo y por eso lo hago en esta nota) lo he omitido porque no me solidarizo con esa afirmación tratándose de una descripción que el autor define como psicológica y no como neurológica.

³⁵ Omito aquí unas palabras que se refieren a una cita en otra parte del libro

piloso”, y menos aun “citoplasma”, “ribosoma”, “enlace peptídico” o “átomo de carbono”. Por supuesto, podemos adquirir esas nociones más tarde e incluso llegar a dominarlas, pero nunca sustituyen del todo a aquellas originales con las que hemos crecido. En definitiva somos víctimas de nuestra macroscopicidad y no podemos escapar de la trampa de emplear términos cotidianos para describir los sucesos que percibimos como reales.

Por esta razón nos parece mucho más natural decir que una guerra se desencadenó por causas religiosas o económicas que tratar de concebirla como un patrón gigantesco de partícula elementales interaccionando e intentar descubrir qué fue lo que puso en marcha dichas partículas, por mucho que un físico recalcitrante afirme que ese es el único nivel “válido” de explicación para el fenómeno, ya que a dicho nivel no hay pérdida de información alguna. Pero tal grado de precisión, por desgracia, (o, más bien, gracias a Dios) se halla fuera de nuestro alcance.

Los humanos estamos condenados a no hablar en ese nivel en el que no existe pérdida de información. Tenemos necesariamente que simplificar y, de hecho, lo hacemos amplia y sistemáticamente. Pero ese sacrificio es, a la vez, lo que nos hace grandes. Las simplificaciones drásticas nos permiten reducir situaciones a su mero esqueleto y descubrir su esencia abstracta; hacen posible que centremos nuestra atención en lo importante, que comprendamos fenómenos a un nivel extraordinariamente elevado, y que sobrevivamos en este mundo y que creemos arte, música, literatura y ciencia.

Antes de pasar al próximo apartado debemos añadir, a las esclarecedoras palabras de Hofstadter, que esas dos visiones complementarias de la realidad, la “microscópica” y la “macroscópica”, o si se quiere, la física que gira en torno de la relación de causa–efecto, y la psicológica, establecida en torno al mundo perceptivo, que aparece ligada a la intencionalidad de los propósitos, representan dos interpretaciones que quedan indisolublemente unidas a dos ideas contradictorias que han recorrido, inconciliables, la historia de la filosofía. Cuando se piensa en el mundo físico que percibimos, en el cual operan causas y efectos, es inevitable pensar que los acontecimientos están determinados por fuerzas que no dominamos. Cuando, en cambio, contemplamos el mundo psicológico habitado por nuestras sensaciones, es igualmente inevitable sentir que

podemos elegir entre las cosas que hacemos e influir en el entorno en que vivimos.

Acerca de causas y de finalidades

Cuando contemplamos la estructura y el funcionamiento de un organismo vivo nuestro intelecto encuentra un significado en los fenómenos que acontecen a través de dos procesos que se encuentran en la base de nuestra posibilidad de saber, comprenderlos como efectos generados por causas, o como sucesos que se encaminan a un fin. Así, por ejemplo, cuando vemos la estructura de un glomérulo renal, en donde los vasos capilares se pliegan para amontonarse en una especie de ovillo, comprendemos “la razón” de esa disposición si, atendiendo a la finalidad de la función renal, pensamos que de ese modo se obtiene un máximo de superficie de filtrado en un mínimo de espacio, mientras nada comprendemos, en este caso, cuando intentamos contemplar su estructura como el efecto de una causa.

El pensamiento causal no solamente puede ser considerado como la roca sólida sobre la cual se erigió el edificio conceptual de la física clásica, es, también, el fundamento del éxito tecnológico y, más aun, un principio sobre el cual se apoyan nuestros logros más sencillos durante los actos cotidianos de la vida. En otras palabras, vivimos gracias a que sabemos que la consecuencia de poner las manos en el fuego es que se queman. Pero el pensamiento **teleológico**, de acuerdo con el cual “la razón de ser” de los procesos que acontecen surge del contemplarlos como eslabones de una cadena de propósitos que se dirigen hacia un fin, no sólo configura la otra mitad de nuestra posibilidad de comprender el mundo, sino también la intencionalidad que constituye el fundamento sobre el cual se construye la ciencia psicológica. Una vida sin esa intencionalidad que la motiva quedaría rebajada a un mero mecanismo.

Es importante señalar que, dentro de la posición **epistemológica**³⁶ en la cual apoyamos los desarrollos que en este libro exponemos, las cosas no son de una de las dos maneras. No hay, desde ese punto de vista, procesos que sólo son efectos de una causa antecedente (que a su vez pueden causar efectos posteriores) y otros que únicamente son intermediarios que se organizan persiguiendo un fin (o, como postulan las

³⁶ Von Weizsaecker Victor, *Patosofía*, [1950] Libros del Zorzal, Bs. As. 2005.

teorías acerca de la complejidad³⁷, “atraídos” por una meta). No son los hechos, en sí mismos, de una u otra clase. Comprenderlos solamente de una manera u otra, poder interpretarlos de las dos maneras, o encontrarnos con algunos hechos que de ninguna de esas dos maneras logramos comprender, son las tres únicas posibilidades que se dan en lo que respecta a comprender las dificultades que se nos presentan en la vida. Pensamos, entonces, que tanto cuando “vemos” en el mundo causas y efectos, como cuando allí “vemos” la prosecución de un fin, lejos de ser propiedades que pertenecen a las cosas que suceden en el mundo, son los modos que adquiere nuestro pensamiento ejerciendo la facultad que conduce a conocer.

También importa señalar que esos dos procedimientos intelectuales, de los cuales disponemos para poder prever lo que en algún instante próximo o remoto nos ocurrirá, se encuentran siempre, en algún punto, con el límite que lleva como nombre la palabra “incertidumbre”. Eso nos ocurre cuando con ninguna de las dos maneras logramos comprender. Sin embargo, tal como lo hemos expuesto ya en el capítulo tercero, ante la imposibilidad de utilizar la comprensión de los hechos para predecir su evolución, disponemos todavía de la evaluación estadística que nos permite predecir la frecuencia de esos acontecimientos que no comprendemos. Pero se trata de un tipo de predicción que sólo puede darse cuando se aplica al conjunto de una población, y cuya eficacia es nula frente al caso individual.

Taleb³⁸ dedica un libro al tema de la sobrevaloración de la capacidad de predicción que surge del pensamiento teórico con el cual es necesario procesar y conservar la experiencia, y describe los vicios interpretativos más comunes que se utilizan para explicar posteriormente las razones por las cuales los hechos que acontecen no coinciden con nuestras conjeturas. Su crítica no abarca únicamente a la predicción que se basa en la estadística, cala más profundamente para señalar que aún en los casos en que logramos comprender de donde provienen o hacia donde apuntan los hechos que acontecen, la constante posibilidad de “lo altamente improbable” transforma cualquiera de nuestras certezas en una ilusión.

En cuanto a las razones de esos vicios interpretativos recordemos que Merleau-Ponty se apoya en Pascal para sostener que “hay algo de horrible,

³⁷ Coveney Peter and Highfield Roger, *Frontiers of Complexity*, Fawcett Columbine, New York, 1995.

³⁸ Taleb Nassim Nicholas, *El cisne negro, el impacto de lo altamente improbable*, [2007], Paidós, Bs. As. 2010.

de repulsivo, de irreconciliable, en esas cosas que simplemente son y no *quieren decir nada*³⁹. Freud refiriéndose al significado de los sueños se ocupa también de esa repugnancia por el sinsentido, y subraya que la instancia psíquica que aspira a hacer comprensible el contenido manifiesto (de los sueños) y lo somete con este fin a una primera interpretación, a consecuencia de la cual queda más dificultada que nunca su exacta inteligencia, no es otra que nuestro pensamiento normal⁴⁰. No puede dejar de conmovernos la extraña encrucijada que tan frecuentemente nos depara la vida. Una bifurcación frente a la cual, aquella que es tal vez la más exquisita de nuestras capacidades humanas, nuestro pensamiento “normal”, la facultad de raciocinio, es lo que utilizamos para equivocarnos⁴¹, cuando, guiados por nuestras emociones, preferimos elegir el error para evitar “sentir” la incertidumbre.

El recorrido que, a grandes rasgos, hemos realizado sobre los conocimientos que la patología y la clínica médicas han acumulado acerca de la hipertensión, nos ha permitido progresar en la comprensión de cómo la enfermedad aparece y evoluciona, pero también queda claro que la investigación en ese terreno nada nos ha podido decir acerca de por qué se produce la hipertensión primitiva. La pregunta ¿por qué? Es una pregunta amplia, que indaga acerca del motivo, y es amplia porque el término “motivo” incluye algo que mueve “desde atrás”, desde el pasado, como causa, pero también es algo que mueve “hacia adelante”, que atrae con una “imagen” de un futuro, que da sentido a lo que ocurre como algo que se hace “para que...”. Habitualmente exploramos a los factores involucrados en la hipertensión tratando de ver en ellos una causa del aumento de la presión sanguínea, pero es evidente que si podemos contemplar a la enfermedad hipertensiva en su conjunto, como la expresión de un propósito, de una “intención” que se encamina hacia un fin, se nos abre la posibilidad de comprender, desde un ángulo distinto, por qué se produce un aumento sostenido de la tensión arterial.

La idea de una “conducta” intencional es un concepto muy afín al concepto de psiquismo, pero, si de psiquismo se trata, debemos preguntarnos ¿qué clase de psiquismo? Recordemos ahora lo que Mann afirma: “existe una crucial conexión con las emociones, pero una que es

³⁹ Merleau-Ponty, Maurice (1948) *Sentido y sinsentido*, Península, Barcelona, 1977.

⁴⁰ FREUD, Sigmund [1899] *La interpretación de los sueños*, en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1967-1968, t I.

⁴¹ Chiozza Luis, *¿Por qué nos equivocamos? Lo mal pensado que emocionalmente nos conforma*, Libros del Zorzal, Bs. As. (xxxx).

muy diferente de lo que mucha gente cree”, y “las emociones que habitualmente sentimos tienen que ver menos con la hipertensión que las emociones que albergamos pero que no sentimos, y que frecuentemente ni siquiera sabemos que existen en nosotros”. Nuevamente debemos preguntarnos ¿qué significa decir que albergamos emociones pero que no las sentimos, y que ni siquiera sabemos que existen en nosotros? Cae por su propio peso que se trata entonces de emociones que no son conscientes, y esto nos conduce al próximo apartado.

Una parte del alma que permanece inconsciente

Freud afirmó que, no obstante lo que sostenían los filósofos de su época (para quienes postular un psiquismo sin conciencia llevaba implícita una contradicción en los términos), la conciencia es una cualidad accesoria de los procesos psíquicos, los cuales, la mayoría de las veces, existen sin ella. Es evidente, entonces, que no puede ser utilizada para definir al psiquismo, y de hecho en la obra freudiana el psiquismo queda definido por otra cualidad, la significación. De modo que (aunque la significación puede ser inconsciente) no hay psiquismo sin significación ni significación sin psiquismo. Freud define a la significación (a la cual se alude muchas veces utilizando la palabra “sentido”) por la cualidad de pertenecer a una serie de acontecimientos que se encaminan a un fin⁴². De todos los conceptos formulados por el creador del psicoanálisis, la postulación de un psiquismo inconsciente, que ya se halla implícito en la sabiduría de San Agustín cuando señala “lo sabes pero ignoras que los sabes”, ha sido sin duda el de más amplia aceptación. Así, utilizando ese concepto, se interpreta, por ejemplo, en la neurología de nuestros días, la prosopagnosia⁴³. Un trastorno por el cual el enfermo es incapaz de reconocer conscientemente los rostros familiares, pero, en presencia de ellos, da signos de su reconocimiento a través de cambios eléctricos en la piel que no ocurren frente a rostros de personas que nunca ha conocido. Otro ejemplo, especialmente claro, lo encontramos en el fenómeno denominado “visión ciega”⁴⁴, que se observa en algunas personas que, aunque han perdido completamente la vista y sostienen de buena fe que son incapaces de ver, a veces, cuando se les interroga acerca de la localización de un determinado objeto que está dentro de su campo visivo,

⁴² Freud, Sigmund, (1901) *Psicopatología de la vida cotidiana*, en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976-1985, t. VI.

⁴³ Solms Mark and Turnbull Oliver, *The Brain and the Inner World*, Other Press, New York,(2002).

⁴⁴ Damasio Antonio, *The Feeling of what Happens*, Heinemann, Londres, 1999.

son capaces de mover su brazo, o de señalar con su dedo, en la dirección correcta.

El concepto de psiquismo inconsciente recorre la obra freudiana desde el principio al fin, pero es recién en 1938, en una de sus últimas obras⁴⁵, donde ese concepto fundamental, al mismo tiempo que adquiere una formulación más clara, extiende su alcance. Allí Freud parte de un “hecho” ampliamente aceptado y compartido: algunos procesos que ocurren “en el cuerpo” envían signos de su funcionamiento a la consciencia, y otros no. Como ocurre normalmente con el proceso digestivo, por ejemplo, solemos tener conciencia de que masticamos un alimento, pero, habitualmente, nada llega, a nuestra consciencia, acerca de lo que ocurre en el estómago. De modo (dice Freud) que las series somáticas de los procesos que se encaminan a un fin son completas, pero las series psíquicas correspondientes a esos mismos procesos presentan “eslabones” faltantes.

En otras palabras, durante esas “lagunas” de las series psíquicas sólo llega a la conciencia la parte que ocurre “en el cuerpo” (el elemento correspondiente, en la serie somática, al eslabón de la serie psíquica que falta en la consciencia). Pero reparemos en que llega como **percepción** “desde afuera” (una **radioscopia** del estómago, por ejemplo) no como **sensación** que “viene” del cuerpo. Reparemos también en que cuando llega como percepción “exterior”, llega como si fuera solamente un fenómeno físico, un acompañante **somático** privado de un significado psicológico, ya que le falta, en la consciencia, “su” correspondiente elemento de la serie psíquica, que le otorgaría la significación pertinente y “específica” de ese proceso que aparenta ser, por esa carencia, únicamente físico. Una situación semejante ocurriría si, al masticar un caramelo no sintiéramos el movimiento de nuestros músculos, y tampoco su presencia ni su sabor en la boca, y viéramos en un espejo que nuestra cara se mueve.

Por este motivo Freud llega a una afirmación muy importante que constituye la segunda de sus dos hipótesis fundamentales del psicoanálisis. Sostiene que esos “concomitantes”, que supuestamente son únicamente somáticos, constituyen en realidad lo psíquico genuino, dado que, si bien es cierto que les falta la conciencia (que no define a lo psíquico), no carecen del significado que, aunque en este caso no se registra

⁴⁵ Freud, Sigmund, (1940a [1938]) *Esquema del psicoanálisis*, en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1982-1985, t. XXIII.

conscientemente, los define como psíquicos. Hemos citados varias veces, en escritos anteriores, al poeta inglés William Blake, que murió treinta años antes de que naciera Freud, porque ha dicho, lúcidamente, que llamamos cuerpo a la parte del alma que se contempla con los cinco sentidos; y completamos esa afirmación, cada vez que la citamos, diciendo que llamamos alma a “la vida” del cuerpo, que se manifiesta en su forma y en su movimiento. De acuerdo con lo que Freud sustenta en su segunda hipótesis, cabe agregar, también, que llamamos cuerpo a la mayor parte del alma, que permanece inconsciente. La importancia de la hipótesis freudiana radica en que nos otorga un acceso a la comprensión del significado inconsciente y específico de trastornos corporales que aparentan ser “únicamente” físicos y, de hecho, unas pocas décadas dedicadas a la investigación en ese terreno han aportado resultados fructíferos.

El concepto de psiquismo inconsciente, por sí sólo, no hubiera sido suficiente sin embargo para conducir la investigación hacia esos resultados, sin la contribución aportada por la teoría psicoanalítica sobre los afectos. Freud sostiene, a partir de Darwin, la idea de que la emoción es un “suceso motor” (y **secretor**) vegetativo, una “conmoción visceral”, cuya explicación, su “justificación”, no se puede comprender en su sentido contemplando solamente las necesidades actuales del organismo en donde ocurre, ya que, fundamentalmente, la peculiaridad de cada una de esas emociones se ha configurado en función del apremio de la vida en un pasado remoto (**filogenético**).

Un afecto puede desarrollarse plenamente, o quedar inhibido, en cuyo caso la excitación que constituía su motivo, reprimida, intentará “descargarse” de alguna otra manera. La inhibición ocurre cuando el desarrollo de un afecto, en lugar de aliviar placenteramente la tensión que la excitación produce, hubiera generado malestar, o displacer, por su conflicto con algún otro afecto. Así, por ejemplo, por obra de la autoestima y el orgullo, suelen reprimirse la vergüenza o la envidia.

La teoría psicoanalítica sostiene que el único motivo de la represión es el de impedir el desarrollo de un afecto, y se ocupa de cuáles son las “otras maneras” en que la excitación puede descargarse cuando no pudo hacerlo bajo la forma del afecto que ha sido reprimido. En el trastorno que se denomina **neurosis**, es suficiente con desplazar un afecto como, por ejemplo, el temor (cuando entra en conflicto con el amor que se siente

hacia la misma persona que se teme) hacia alguien, o hacia algo, que no se ama. Así desaparece el conflicto, pero el precio que se paga es que entonces, como ocurre con la **fobia**, el temor hacia ese nuevo “objeto” ya no se comprende y aparece como injustificado. En la **psicosis** se distorsiona la realidad que “provocaba” un afecto penoso, por otra que suscita un afecto placentero. Allí lo que se desplaza es la excitación que “viaja” desde el afecto reprimido hacia el afecto placentero, pero el precio que se paga para poder hacerlo es vivir en un mundo de ilusión que resulta insostenible. En la **psicopatía** también, como en la psicosis, se sustituye el desarrollo de un afecto penoso por el de uno placentero, pero lo que “se pierde” no es el juicio “de realidad” sino el juicio que establece los valores que “rigen” una vida saludable. Consideramos que todos esos modos (neurosis, psicosis o psicopatía) de gestionar que la excitación se descargue “de alguna otra manera” que no sea el afecto reprimido, son trastornos psíquicos, porque en todos ellos se desarrolla un afecto (“inapropiado”, pero afecto al fin) que, por un motivo u otro, funciona en una situación insalubre.

Cada afecto se caracteriza, en condiciones normales, porque su desarrollo pleno, (su “descarga”) se expresa mediante lo que Freud denominaba una “clave de inervación”⁴⁶. Usaba esos términos para referirse a un conjunto de fenómenos “expresivos” que son propios y típicos de ese determinado afecto, que lo configuran como una particular emoción, y que nos permiten reconocerlo como tal cuando lo contemplamos. Solemos ejemplificar esto diciendo que nadie “se pone” verde de vergüenza ni colorado de envidia.

Distintas investigaciones sobre el significado inconsciente de los trastornos que se manifiestan como alteraciones en la estructura o el funcionamiento del cuerpo, nos condujeron a pensar, hace ya algunos años⁴⁷, que la descarga de la excitación ligada a un afecto reprimido puede también realizarse de un modo que deforma el afecto original tornándolo irreconocible. Cuando eso sucede el desplazamiento de la excitación reprimida se realiza “entre” los distintos fenómenos que, en condiciones normales, configuran la descarga típica y particular del afecto reprimido. En virtud de ese desplazamiento, uno sólo de los fenómenos que en su conjunto configuran “la clave”, puede descargar toda la excitación que

⁴⁶ Freud Sigmund, (1900) *La interpretación de los sueños*, en *Obras Completas*,

⁴⁷ Chiozza Luis, (1975) “La enfermedad de los afectos”, en *Obras Completas*, Libros del Zorzal, Bs. As. 2008.

correspondía al conjunto completo, y se transforma, de ese modo, en un signo o un síntoma.

Se configura así una enfermedad que denominamos “**patosomática**”, porque, cuando no se la comprende como la transformación de un afecto, queda catalogada como un trastorno físico. Si es cierto que, como señala Mann, en la hipertensión “pueden intervenir” emociones que albergamos pero que no sentimos, queda por aclarar ahora de que manera el signo hipertensión puede ser la expresión enmascarada de una emoción particular oculta.

CAP VII

EL SIGNIFICADO INCONSCIENTE DE LA HIPERTENSIÓN

Acerca de la relación entre el cuerpo y el alma

En el capítulo anterior nos preguntábamos cómo se integran, como se relacionan, o en que terreno se encuentran, para poder influenciarse mutuamente, los fenómenos físicos y los fenómenos psíquicos. Es una pregunta antigua que conduce a un callejón sin salida, porque si pensamos que en el universo existen, como sustancias últimas, por un lado la materia y el movimiento de los cuerpos físicos, y por el otro los pensamientos y las emociones de los entes psíquicos, carecemos de una tercera sustancia para construir un puente que permita integrarlos. Entre las distintas posiciones ensayadas por la filosofía y adoptadas por la ciencia, para intentar resolver ese enigma, las que hoy han alcanzado más amplia difusión son dos, el **monismo materialista**, y el paralelismo (**dualismo cartesiano**). La primera posición afirma que lo psíquico es una propiedad que emerge de la materia (no sabemos cómo) cuando esta alcanza un grado suficiente de complejidad, como ocurre, por ejemplo, en el cerebro. La segunda sostiene que materia e idea son dos maneras de existir que trascurren paralelas y que sólo “se comunican” a través de Dios.

Freud, en 1938, cuando plantea las dos hipótesis fundamentales del psicoanálisis, rechaza de manera explícita y enfática el paralelismo, y además sostiene, como dijimos antes, que los acompañantes, supuestamente somáticos, de los procesos psicológicos, son “genuinamente” psíquicos, aunque ese, su carácter psíquico, permanece inconsciente. Más allá de cuál es la posición que, con respecto a la relación psicofísica podemos atribuirle a Freud cuando, a nuestro entender, señala que llamamos cuerpo a la parte del alma que permanece inconsciente, interesa subrayar ahora, como lo hemos hecho desde nuestros primeros trabajos⁴⁸, dos postulados fundamentales.

⁴⁸ Chiozza Luis, (1963) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, en *Obras Completas*,

El primero consiste en que la existencia de un psiquismo inconsciente (sobre todo si prestamos atención a cómo lo ha definido en 1938) lleva implícito que la realidad “sustantiva” de un organismo vivo, en sí misma, no puede ser “reducida” a ser únicamente psíquica o solamente somática, sino que, y ante todo, “somático” y “psíquico” son los únicos dos modos “adjetivos” en que somos capaces de conocer esa realidad. Es necesario reparar atentamente en este punto porque es muy distinto de lo que “nos enseñaron en la escuela” y de lo que espontáneamente tendemos a pensar. Repitémoslo entonces una vez más, los procesos no son, en sí mismos, unilateralmente físicos o psíquicos, “los vemos” de una o de otra manera por la forma en que está construida nuestra capacidad de conocer.

El segundo postulado, corolario del anterior, no es menos importante, porque si “somático” y “psíquico” son atributos de un ente sustantivo más complejo, ambos atributos (que “pertenecen” a un mismo elemento o “surgen” durante nuestro contacto con él) mantendrán entre sí, en virtud de su origen, algún grado de relación “específica”. En realidad se trata de un postulado que está presente en la teoría psicoanalítica desde sus mismos inicios. No tenemos dos bocas, una, “del cuerpo”, que usamos para cumplir con la función de incorporar físicamente los alimentos y otra, “del alma”, para registrar psíquicamente las sensaciones orales. Se comprende entonces que Freud designara a las **fantasías** (o representaciones) que pueblan la vida psíquica, con nombres que provienen de los distintos órganos del cuerpo, porque son esos órganos los que les otorgan, a las distintas fantasías, sus características particulares.

En condiciones normales, cada emoción se acompaña de cambios físicos que son típicos y universales, y que, en ese sentido, “le pertenecen”. Y esa relación específica se mantiene cuando la función se altera o el estado emocional se reprime. No es exactamente lo mismo, por ejemplo, sentir mucho miedo que tener que ir frecuentemente al baño “por culpa” de una diarrea, pero, entre todos los estados de ánimo que conocemos, el miedo es, tal vez, el que “mejor se relaciona” con esa forma de evacuación intestinal, y entre todos los fenómenos corporales la diarrea es uno de los que “mejor” representa el temor. El lenguaje popular demuestra conocer esa relación “específica” cuando al miedo le llama “cagazo”, y también Esopo, porque escribió, en una de sus fábulas, que el lobo se asustó y defecó tres veces.

¿Significa esto que la diarrea será el único representante posible de la emoción que denominamos temor? Obviamente no. El lenguaje popular también habla de “estar con el corazón en la boca” para referirse a un estado de aprensión temerosa, representado, esta vez, mediante la percepción del latido cardíaco, al cual, en condiciones normales, no se le presta atención. Sabemos que en la clave de inervación del afecto miedo no sólo participa el aumento del **peristaltismo**, que determina el tránsito intestinal, sino también el aumento de la frecuencia cardíaca, y tanto uno como el otro elemento de la clave puede asumir la representación del afecto completo, pero nunca veremos, por ejemplo, que el miedo quede representado por el “ponerse colorado”, como ocurre en la vergüenza.

Recordemos ahora lo que Mann, desde su experiencia como especialista en el tratamiento de la hipertensión señala, ya que habíamos prometido volver sobre ese punto. No todos los que bloquean emociones muy penosas desarrollarán una hipertensión arterial. Suele ocurrir que un paciente reaccione con hipertensión a un determinado tipo de estrés y permanezca normal frente a una clase de estrés emocional diferente. En otras palabras, si bien la hipertensión, como signo, puede ser vista como una “consecuencia” de emociones reprimidas que se descargan de esa manera, eso no sucede con cualquier emoción. En la experiencia de Mann, sucede con algunas y con otras no. Su observación se explica, entonces, por la existencia de una relación “específica” entre algunos cambios que ocurren en el cuerpo, como la elevación de la presión sanguínea, y la emoción, típica y particular, que es, por así decir, la que le “corresponde”, “la propia” de cada uno de ellos. Deberemos ocuparnos entonces de indagar, entre las emociones, cuáles serán aquellas que, una vez reprimidas, se pueden expresar mediante una elevación de la presión sanguínea.

La hipertensión como expresión de un conflicto inconsciente

En 1992, junto con un grupo de colaboradores, escribimos un trabajo acerca del significado inconsciente de la hipertensión esencial⁴⁹, que incluía una pequeña reseña sobre la contribución de otros autores que investigaron en el mismo tema. Allí decíamos que entre los aportes de los psicoanalistas se destaca el de Franz Alexander, quien en 1939⁵⁰ postuló la existencia de un conflicto psíquico inconsciente específico de la

⁴⁹ Chiozza Luis y colab., “El significado inconsciente de la hipertensión esencial”, en *Obras Completas*,

⁵⁰ Alexander Franz (1939) “Factores esenciales en la hipertensión arterial. Presentación de una hipótesis seductora”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. II Nº 1, APA, Buenos Aires, 1944-1945,

hipertensión esencial, que se establece entre tendencias receptivas, pasivas, dependientes y femeninas, e impulsos agresivos, hostiles y competitivos. Lo característico de estos pacientes, en opinión de Alexander, es la incapacidad de expresar su hostilidad, por temor al desborde de sus impulsos hostiles, y la imposibilidad de aceptar su dependencia. Dado que las dos mociones opuestas se bloquean mutuamente, mantienen una tensión que ejerce su efecto sobre las funciones vasomotoras, de modo que la permanente inhibición de la rabia puede llevar a que la hipertensión se cronifique. Sostiene, además, que los hipertensos suelen ser personas sumisas que acometen, con terca perseverancia, todos los obstáculos, incluso los insuperables. La historia de sus vidas es, a menudo, aquella de la “bestia de carga”. Cuando ejercen labores ejecutivas tienen dificultades para hacer cumplir sus órdenes, y se inclinan a realizar el trabajo de los demás en lugar de imponer la disciplina.

Los numerosos autores que, desde el psicoanálisis, se han ocupado del tema, confirman, en general, la importancia de la inhibición de la hostilidad y el conflicto con los sentimientos de dependencia, pero no han agregado mucho a la excelente descripción de Alexander. Tal vez se justifique mencionar lo que Reiser, Ferris, y Levine⁵¹ señalan: aunque el hipertenso es muy sensible a la hostilidad, tiende, sin embargo, a incitar en su contra conductas hostiles. La observación corrobora las características señaladas por esos autores, pero no puede sostenerse, sin embargo, que son específicas de la hipertensión esencial, porque también podemos reconocerlas en pacientes que padecen otras dolencias. Sucede entonces que, dado que los conflictos descritos no son suficientemente específicos, no nos explican por qué culminan en la hipertensión arterial, en lugar de manifestarse, por ejemplo, en una úlcera **gastroduodenal**. Agreguemos, dicho sea de paso, que también en los enfermos que sufren ese tipo de úlcera han sido descritos conflictos entre la hostilidad y la dependencia.

Frente a esta circunstancia se ha sostenido la teoría de que una debilidad previa del órgano⁵² condiciona que el conflicto lo utilice para expresarse por su intermedio. Claro está que de este modo la explicación de esa supuesta debilidad, que suele denominarse **órganoneurótica**, deberá buscarse fuera del psicoanálisis. Los intentos realizados en esa dirección

⁵¹ Reiser, M. F.; Ferris, E. B. (h.) y Levine, M. (1954) “Trastornos cardiovasculares, enfermedades cardíacas e hipertensión”, en E. D. Wittkower y R. A. Cleghorn (eds.), *Progresos en medicina psicosomática*, Eudeba, Buenos Aires, 1966.

⁵² Fenichel Otto (1945) *The psychoanalytic theory of neurosis*, Norton, Nueva York, 1945.

nos ofrecen explicaciones incompletas, que van desde una nebulosa debilidad constitucional, hasta una conducta insalubre (una especie de mal uso de una determinada función fisiológica) pasando por la hipótesis de una predisposición genética que nos deja, en última instancia, una incógnita acerca del motivo por el cual esa disposición se actualiza. Dada la dificultad que la patología médica encuentra para esclarecer ese punto, y aun con plena conciencia de que cualquiera de las formas del conocimiento humano nos conducen finalmente al lugar en donde nada sabemos, cabe preguntarse: ¿Puede el psicoanálisis arrojar alguna luz acerca de las razones por las cuales la enfermedad se localiza en un órgano, o se manifiesta a través de la alteración funcional de un determinado sistema?

Si volvemos a la idea de que los procesos “somáticos” poseen un significado psíquico específico que permanece inconsciente, cabe preguntarse también en donde reside la extrema dificultad, que recorre toda la literatura psicoanalítica, para encontrar el significado inconsciente específico de los distintos trastornos que se manifiestan en la conciencia, unilateralmente, como alteraciones que únicamente son físicas. Comencemos por decir que Freud ha sostenido que todo proceso suficientemente importante y, en realidad, todos y cada uno de los órganos, puede contribuir con “componentes propios” (es decir específicos) a la excitación general⁵³. También ha sostenido que del examen de los fines del instinto pueden muchas veces deducirse las fuentes orgánicas que les han dado origen⁵⁴. A pesar de que esas palabras de Freud definen claramente la dirección de su pensamiento, la inmensa mayoría de las investigaciones emprendidas, contrariando su espíritu, intentaron comprender los significados inconscientes de los trastornos que se manifiestan somáticamente, limitándose a considerar únicamente los significados propios de las funciones vitales que el psicoanálisis había elaborado mejor, es decir desde las clásicas fantasías orales, anales y genitales. No es de extrañar, entonces, que esas investigaciones condujeran a describir conflictos que no son específicos del trastorno en el cual se indagaba. Encontrar el significado específico de un determinado proceso que se manifiesta como una alteración somática, exige, de acuerdo con los postulados freudianos que ya mencionamos, identificar

⁵³ Freud Sigmund (1905) *Una teoría sexual*, Título desde la edición de BN de 1972: *Tres ensayos para una teoría sexual*, (1924) “El problema económico del masoquismo”, en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1967- 1968

⁵⁴Freud Sigmund (1915) “Los instintos y sus destinos”, en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1967- 1968.

otras fantasías, que son distintas de las más conocidas, y que son propias de otras estructuras y funciones del cuerpo. Así lo comprendimos desde hace ya muchos años⁵⁵, y sobre esos fundamentos realizamos, en 1992, el trabajo sobre la hipertensión esencial.

Antes de internarnos en la tesis que sostuvimos en ese trabajo, debemos señalar que Scapusio en 1985⁵⁶, sostuvo que la ira que el hipertenso reprime adquiere la modalidad particular que designamos con la palabra indignación, y que una tal indignación funciona como una defensa frente a un sentimiento previo, oculto, en el cual la disminución de la autoestima puede caracterizarse como indignidad. Scapusio también señala, a partir de que en investigaciones anteriores sostuvimos que la función renal se adjudica la representación de un duelo “saludable” frente a los ideales incumplidos⁵⁷, que la relación de la hipertensión con “los mecanismos” renales puede comprenderse si tenemos en cuenta que el sentimiento de indignidad (que subyace en la indignación) proviene del no haber alcanzado la “verdadera” humildad, que se adquiere cuando puede realizarse ese duelo.

⁵⁵ Chiozza Luis, (1963) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, en *Obras Completas*,

⁵⁶ Scapusio Juan Carlos (1985) “La hipertensión arterial. Descomposición patosomática de la coherencia del afecto indignación”. Trabajo presentado en el IV Encuentro Argentino-Brasileño de Medicina Psicosomática, San Pablo, 27, 28 y 29 de agosto de 1985.

⁵⁷ Chiozza, Luis, (1963) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*

CAP VIII

EL SIGNIFICADO INCONSCIENTE ESPECÍFICO DE LA HIPERTENSIÓN

Las distintas “formas” de la especificidad

Es necesario que recapitemos los distintos “métodos” a través de los cuales se ha procurado esclarecer cuál es el significado inconsciente específico de la hipertensión. El primero de los procedimientos de indagación, que podemos categorizar como empírico, se apoya en la observación de un elevado número de pacientes hipertensos a los fines de establecer cuáles son los rasgos de carácter que predominan en ellos. Quizás el intento mejor logrado con la utilización de ese procedimiento ha sido el de Alexander. La observación confirma, en términos generales, sus hallazgos, pero la desventaja del método radica en que el grado de especificidad alcanzada es muy bajo, ya que, como dijimos antes, es posible encontrar los mismos rasgos de carácter en enfermos que adolecen de otros trastornos.

Otro procedimiento digno de mención es el que deriva de considerar que la elevación de la presión sanguínea es el producto de una intención de adaptación equivocada y fallida. En los organismos biológicos los mecanismos de adaptación funcionan dentro de ciertos límites, ya que, enfrentados con situaciones que trascienden esos márgenes (sea porque son extremas o porque son cualitativamente insólitas), no sólo sucede que sencillamente fracasan, sino que suelen muchas veces desencadenar efectos que son más perjudiciales que lo que se desea subsanar. Aunque el aumento de la resistencia periférica es uno de los mecanismos de adaptación que dispone el organismo para enfrentar la caída de la tensión sanguínea, el aumento de la resistencia periférica que se observa en la hipertensión esencial, constituye una “respuesta equivocada”, especialmente cuando la vasoconstricción, que aumenta la presión en el sistema general pero disminuye el caudal del vaso contraído, alcanza el territorio cuya perfusión se desearía mejorar.

Si bien ese modo de pensar nos ofrece una comprensión más profunda acerca del sentido que adquiere el trastorno investigado y, por consiguiente, el grado de especificidad alcanzado es más alto, su pobreza radica en que nada nos dice acerca de la relación observada (por Alexander, por ejemplo) entre la hipertensión y determinados conflictos en el terreno afectivo, ya que la interpretación que este procedimiento utiliza permanece en el terreno de los mecanismos fisiológicos o fisiopatológicos. Es evidente entonces que si deseamos comprender el sentido particular del “mecanismo” hipertensivo y, al mismo tiempo, esclarecer “el motivo” de la relación observada entre la hipertensión y los estados emocionales, es necesario recurrir a la utilización de métodos mejores.

Una cuestión que es esencial tener en cuenta es el hecho de que un determinado trastorno físico, un signo perceptible, además de indicarnos (“dentro” de la disciplina que corresponde a la clínica médica) la presencia de un fenómeno más complejo que podemos categorizar como trastorno, como síndrome o como enfermedad, también funciona como un símbolo, porque representa (“dentro” de la disciplina psicoanalítica) algo que no existe físicamente, que no se ha desarrollado, un afecto (o un propósito) que ha sido reprimido, inhibido y sustituido por el trastorno que lo representa. Se ha discutido durante decenios si la formación de símbolos constituye un patrimonio característico y exclusivo, propio de la cultura humana, o si, por el contrario, podía ser ejercida por otros seres vivos. Hoy los desarrollos de una nueva disciplina (**biosemiótica**⁵⁸) avalan la idea que la simbolización es un fenómeno inherente a la existencia de la vida. Una rama de esa disciplina (la **endosemiótica**) estudia los procesos de simbolización que, como en el caso de los fenómenos inmunitarios o en enfermedades como el cáncer, se ejercen “dentro” de los organismos pluricelulares y de las propias células.

De acuerdo con el principio de que un elemento aislado puede representar al conjunto entero del cual forma parte, una determinada alteración de la estructura o de las funciones del cuerpo puede substituir a un proceso reprimido, al cual “normalmente” pertenece. De este modo el proceso reprimido queda representado (simbolizado) por el mismo trastorno que lo oculta. Cuando, en el capítulo VI, nos referimos a la configuración de los afectos, dijimos que cada uno de ellos se caracteriza

⁵⁸⁵⁸ Barbieri Marcelo (Ed.) *Introduction to Biosemiotic. The new Biological Synthesis*. Springer, 2008.
Hoffmeyer Jesper, *Biosemiotic. An Examination into the Signs of Life and the Life of Signs*, University of Scranton Press, Chicago, 2008.

por un conjunto de “inervaciones” que producen “cambios” físicos; un conjunto que, en la medida en que lo caracteriza, constituye su “clave”. Agreguemos ahora que, así como una sustancia, el fósforo, puede representar al dispositivo completo que lleva ese nombre y que se utiliza para encender el fuego, un determinado trastorno (un espasmo doloroso de las vías biliares, por ejemplo) puede representar sentimientos inhibidos (en este caso de envidia) que permanecen inconscientes y que, reprimidos y ocultos, no se desarrollan, pero se expresan a través de uno de los elementos que forman parte de su clave.

Recordemos que Freud sostiene, a partir de Darwin, la idea de que la emoción es un “suceso motor” (y secretor) vegetativo, una “conmoción visceral”, cuya explicación, su “justificación”, no se puede comprender en su sentido contemplando solamente las necesidades actuales del organismo en donde ocurre, ya que, fundamentalmente, la peculiaridad de cada una de esas emociones se ha configurado en función del apremio de la vida en un pasado remoto (filogenético). Debemos agregar ahora que los afectos “constitucionales y heredados”, que todos compartimos, y que, por esa razón, decimos que son “típicos y universales”, evolucionan en la existencia de cada individuo (**ontogenia**), siguiendo los avatares de la vida. Sin embargo, hay avatares que también son típicos, y algunos se relacionan con el significado inconsciente específico de la hipertensión arterial. Entre los sentimientos y los avatares importantes para la cuestión que nos ocupa, cabe mencionar la condición de desvalido, la dependencia del suministro que abastece y de la asistencia ajena, la actitud pródiga y los sentimientos de autoestima, de indignidad y de indignación.

La dependencia de la asistencia ajena y la autoestima

Freud afirma que el recién nacido se siente desvalido e inerte, porque es incapaz de llevar a cabo las acciones específicas que pueden satisfacer sus necesidades⁵⁹; y que en esos momentos, en que no se vale por sí mismo, su vida depende de la asistencia ajena. Pero el neonato no reconoce, en principio, que es asistido, ya que, en esa etapa de la vida, genera una representación de sí mismo (el “**yo de placer puro**”) en la cual incluye (como propio) todo lo que le produce placer y excluye (como ajeno) lo que le genera malestar. De ese modo vive en la ilusión de ser omnipotente y autosuficiente. Muy pronto esa ilusión se quiebra cuando, durante la

⁵⁹ Freud Sigmund (1950 [1895]) “Proyecto de psicología”; (1905d) *Tres ensayos de teoría sexual*; (1914c) “Introducción del narcisismo”; (1926d [1925]) *Inhibición, síntoma y angustia*; en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976-1985.

lactancia, el niño se enfrenta con una realidad traumática que le produce un gran desasosiego; el pecho materno, su objeto de placer más importante, “va y viene” regido por una voluntad que el niño no domina. Este importantísimo percance, que forma una parte, universalmente compartida, de nuestra condición humana, (y acerca del cual hemos sostenido que constituye el origen de la envidia y de los celos⁶⁰), configura la primera “falta” después del nacimiento, y pone en crisis la autoestima.

A medida que se avanza en el desarrollo, y que el niño tiende a empobrecerse en su “amor propio” por la creación de un ideal “proveedor” hacia el cual dirige su amor, se logra en parte, por otros caminos, recobrar la autoestima. Freud sostiene que su recuperación depende de tres fuentes⁶¹: los restos perdurables de la omnipotencia, propia del yo de placer puro (**narcisismo**), el refuerzo de la omnipotencia, obtenido de las experiencias en las cuales predomina el sentimiento que acompaña al “cumplimiento” de los propios ideales, y la satisfacción que proviene del sentirse amado por las personas que encarnan esos ideales. Podemos añadir a la postulación freudiana que esas tres fuentes, en última instancia, reconducen a una sola, representada por el cumplimiento de las metas ideales. Es así como se obtienen las experiencias que parecen confirmar la omnipotencia, pero también los remanentes del primitivo amor hacia sí mismo perduran en la medida en que se cumplen los “ideales” funcionales instintivos, y en el caso del aumento de autoestima que se obtiene cuando alguien nos ama, puede decirse que depende del valor “ideal” que a esa persona le asignamos. En conclusión puede decirse que el beneplácito (denominado frecuentemente bendición) de las personas más significativas en la infancia, (o su carencia) frente a lo que el niño es y frente a lo que hace, es una situación fundamental que influye en el conjunto entero de su vida.

Fenichel señala⁶² que en los estadios primitivos el anhelo de retorno a la omnipotencia y el anhelo de eliminación de la tensión instintiva no se hallan aun diferenciados, de modo que el logro que surge al librarse de un estímulo que produce malestar, disminuye la sensación de desvalimiento y

⁶⁰ Chiozza Luis, (2005) *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa*; (2008) *¿Por qué nos equivocamos? Lo malpensado que emocionalmente nos conforma*; en *Obras Completas*, Chiozza Luis, “Sobre lo que nos hace falta”, en *Cáncer. ¿Por qué a mí, por qué ahora? Anexo gráfico*, Libros del Zorzal, Bs. As. 2010.

⁶¹ Freud Sigmund (1914c) “Introducción del narcisismo”, en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976-1985.

⁶² Fenichel Otto (1945) *The psychoanalytic theory of neurosis*, Norton, Nueva York, 1945.

conduce a una restauración de la autoestima. Si tenemos en cuenta que la sensación de hambre ejerce una influencia principal en el sentirse inerme y desvalido, se comprende que Fenichel afirme que el suministro de alimento es el primer regulador de la autoestima y, podemos agregar, que llegue a constituir un representante privilegiado de cualquier otra condición que (como el protagonismo, el reconocimiento, y el suministro material, intelectual o espiritual) pueda ser interpretada como el beneplácito fundamental que incrementa la autoestima.

Acerca de merecer el suministro y de la prodigalidad

En la medida en que un niño avanza en el proceso evolutivo, si su relación con el entorno (su circunstancia) es saludable, le permite llegar a tolerar la desilusión paulatina acerca de su omnipotencia y lo conduce a aceptar que el suministro ajeno está condicionado por una voluntad que no es la suya. Puede además llegar a darse cuenta de que para merecer (para ser digno de recibir algo bueno), suele también ser necesario, muy frecuentemente, dar. De modo que en el devenir de la vida, mediante el ejercicio de la capacidad de dar, un niño pone a prueba su propia potencia, y en la medida en que logra acercarse a requerimientos ideales que no fueron concebidos demasiado lejos de sus posibilidades, el refuerzo de su autoestima adquiere la forma de un sentimiento de nobleza, el sentimiento de la propia dignidad. El término “merecer” significa hacerse digno de premio o de castigo, mientras que “digno” significa que merece algo, sea favorable o adverso. La palabra “dignidad”, que se refiere a la calidad de digno (y al decoro de las personas en las maneras de comportarse), se usa en cambio para designar, unilateralmente, que se merece algo favorable, y la palabra “indignidad” significa precisamente lo contrario⁶³.

La carencia de alimento perpetúa la condición de desvalido y es sentida como carencia del suministro fundamental que mantiene la autoestima. También es cierto que por este motivo (y tiene su importancia en la génesis de la obesidad) la carencia de cualquier tipo de asistencia ajena en el desarrollo posterior, y especialmente la carencia de afecto y beneplácito frente a lo que uno es y lo que uno hace, suelen muchas veces quedar representadas, de un modo que no llega a ser consciente, como si se tratara de una carencia de alimento. El sentimiento de la propia indignidad, que la mayoría de la veces permanece reprimido, se genera de

⁶³ Real Academia Española, (1992) *Diccionario de la lengua española*, Madrid, 1992.

este modo, ya que, atribuyéndose la culpa⁶⁴ suele evitarse en parte el sentirse inerte y desvalido. La carencia interpretada como testimonio de la propia indignidad crea el deseo impostergable de lograr una asistencia que, además de satisfacer las necesidades “materiales”, pueda restaurar la pérdida de la autoestima. Se refuerza de ese modo, como consecuencia de la carencia, la necesidad de ser valorado y reconocido por los objetos significativos del entorno, representantes del ideal que puede absolver o condenar. El sentimiento de indignidad sin esperanzas, que conlleva una impotencia que corresponde, en su extremo al sentirse “bueno para nada” (y que se “adopta” de manera ficticia en la melancolía) deja como única posibilidad obtener el suministro mediante una conmiseración que otorga la menos digna de las dignidades: ser digno de lástima.

Es importante comprender que hay dos actitudes básicas que pueden asumirse y que dependen de cómo se elaboren las experiencias infantiles que culminan en la adquisición de un cierto “grado” de autoestima. Esas dos actitudes (que pueden observarse también en las formas colectivas de la convivencia en sociedad) pueden combinarse en distinta proporción, pero son muchas las veces en que ocurre el franco predominio de una de ellas. Una de esas actitudes corresponde al sentimiento de valerse por sí mismo, y conduce a hacerse cargo de las dificultades que se presentan en la vida. La otra surge del sentirse inerte, desvalido y dependiente de la asistencia ajena y, frente al desasosiego que ese sentimiento produce, se constituye como un reclamo que suele enarbolar: ser asistido en virtud de un derecho.

Cuando las cosas no llegan a ese extremo y permanece alguna esperanza de recuperar la dignidad perdida, suele intentarse la recuperación de la autoestima adoptando una actitud pródiga. El término “pródigo”, deriva del latín y por su origen significa gastar profusamente⁶⁵. El vocablo “prodigar” se define⁶⁶ como “dar generosamente de lo que uno tiene o esforzarse en agradar o ser útil a los demás”, y a veces tiene un sentido peyorativo, implicando que el móvil es el afán de hacer exhibición excesiva de sí mismo. Queda en este último caso vinculado con “presumir”, que proviene del latín y que, en última instancia, adquiere el significado de creerse superior⁶⁷. La prodigalidad, que puede ser vista como una reacción que conduce a transformar una actitud demandante en su contrario,

⁶⁴ Chiozza Luis, *La culpa es mía. La construcción de la culpa*, libros del Zorzal, Bs. As. 2011.

⁶⁵ Corominas Joan, *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid, 1983.

⁶⁶ Moliner María, *Diccionario de uso del español*, Gredos, Madrid, 1986.

⁶⁷ Moliner María, *Idem*.

puede constituir además una forma particular, inconsciente y oculta, de influenciar y presionar para obtener de otras personas la valoración deseada.

Cuando se intenta superar, mediante la actitud pródiga, el sentimiento de indignidad reprimido, el intento ya nace condenado al fracaso. En primer lugar porque, a pesar de las apariencias, se establece sobre la premisa de un dar sin retorno, dado que el retorno anularía la prodigalidad que se desea mantener para aumentar la autoestima. Y en segundo lugar, aunque no menos importante, porque la magnitud que alcanza, frente al sentimiento de indignidad reprimido, el “hambre” de reconocimiento, determina que el amor que puede provenir de la gratitud resulte insuficiente. Así se configura la situación traumática, que se experimenta como una injusticia, durante la cual la indignidad reprimida, oculta por la prodigalidad manifiesta y por la pseudodignidad que la acompaña, genera el sentimiento de indignación, “un enfado violento provocado en alguien por una acción injusta o reprobable”⁶⁸. De modo que la indignación frente a un trato injusto suele ocultar el sentimiento de merecer ese trato por ser indigno de la consideración pretendida.

Los cambios físicos que son propios del enojo y de la ira

Antes de introducirnos en el próximo apartado es necesario que nos ocupemos, aunque sea brevemente, de los cambios físicos que se observan en la serie de afectos, de intensidad creciente, que componen el espectro del enojo. Se trata de una serie que progresa desde la molestia, el enfado, la irritación, la indignación, el enojo, la ira, la cólera, hasta la furia⁶⁹. Darwin, al describir la cólera y la indignación⁷⁰, afirma que son estados de la mente que sólo se distinguen por el grado de enfurecimiento, y que no existe una diferencia marcada en sus síntomas característicos. En el furor, dice, el corazón y la circulación siempre se ven afectados, la cara enrojece o se pone púrpura, con las venas del cuello y de la frente dilatadas. Sostiene que el afecto indignación, como los otros de la serie vinculados al furor, se experimenta cuando la acción eficaz, cuya finalidad es atacar o herir al ofensor, se encuentra inhibida. Señala además que en la acción de ataque (que se inhibe durante la indignación), participa un incremento de la actividad cardiovascular, un aumento de la

⁶⁸ Moliner María, *Diccionario de uso del español*, Gredos, Madrid, 1986.

⁶⁹ López de la Huerta, L. *Diccionario sinónimos y antónimos*, Bibliograf, Barcelona, 1979.

⁷⁰ Darwin Charles, (1872) *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*, Sociedad de Ediciones Mundiales, Buenos Aires, 1967.

frecuencia respiratoria y un aumento de la tensión muscular (estática y dinámica). Participan también la elevación de las aletas de la nariz, un aumento de la base de sustentación, rechinamiento de los dientes, mirada brillante, contracción de labios y puños, y palidez o enrojecimiento de la cara.

Dumas confirma las observaciones de Darwin y agrega que ha comprobado, además, la elevación de la presión arterial⁷¹. También sostiene que la cólera *... se produce después de un acontecimiento penoso que es sentido como tal [...] pero el sujeto, en lugar de resignarse o lamentarse, se subleva, y como no puede sublevarse contra el destino, ni contra el poder humano cuando es soberano, la cólera sólo se produce en los casos en que el sujeto tiene el sentimiento oscuro o claro de que hubiera podido dominar la fuerza exterior de la cual ha sido víctima. El error de Darwin cuando interpretó los rasgos que describió [...] fue el creer que la mayor parte de las expresiones de la cólera eran expresiones de ataque, y de esa manera contribuyó mucho a preparar esa concepción inaceptable de que la cólera sólo es manifestación del instinto de agresión; del instinto de conservación en su forma ofensiva [...]. Hemos definido la cólera [...] no mediante la agresión, sino mediante una excitación de rebeldía, e insistimos bien en este punto, que si la rebeldía puede a veces llevarnos a la agresión, puede limitarse –y de hecho muy a menudo se limita– a reacciones de protesta y de agitación, motoras o verbales, que no son agresivas.*

Entre la indignidad y la indignación

Comencemos por decir que la finalidad del sistema circulatorio es abastecer a los distintos órganos con nutrientes, con el oxígeno necesario para los procesos químicos que son propios de la vida (**metabolismo**) y con la información que pone en marcha los procesos de regulación. La presión arterial asegura el mantenimiento de una perfusión en los tejidos que permita un abastecimiento suficiente. Cabe recordar ahora que el suministro que satisface las necesidades y el amor que sostiene la autoestima pueden representarse recíprocamente y que el beneplácito que recibe el desvalido de las personas que lo asisten, constituye un representante fundamental y privilegiado del sostén de la autoestima, y configura el sentimiento de dignidad que coincide con el sentimiento de merecer el suministro. Dado que para que el abastecimiento se lleve a

⁷¹ Dumas Georges, (1932-1933) *Nuevo tratado de psicología*, Kapelusz, Buenos Aires, 1962.

cabo adecuadamente es necesaria una perfusión suficiente que debe ser asegurada por la presión arterial, puede muy bien suceder que la presión de la sangre simbolice, de manera inconsciente, al sentimiento de dignidad que forma parte de la autoestima. No es aventurado suponer que (tal como le hemos planteado en el trabajo publicado en 1992) una tensión arterial normal (que asegura una perfusión suficiente) forme parte de la clave de inervación del sentimiento de dignidad, y que las fluctuaciones (que se observan en distintas personas o en un mismo paciente) entre la hipotensión y la hipertensión, representen las fluctuaciones entre dos afectos reprimidos, uno que corresponde al sentirse humillado, pusilánime, digno de lástima o indigno, y el otro al sentirse orgulloso, magnánimo, pródigo o indignado.

Los fisiólogos señalan que durante el proceso de nacimiento la resistencia periférica que ofrece el territorio vascular aumenta bruscamente y se produce el más importante entre los cambios funcionales de la presión arterial que ocurren en la vida de una persona. Ese aumento en la presión arterial es casi simultáneo con la interrupción del suministro de la **sangre placentaria** que llega por el **cordón umbilical**. De modo que la vivencia primordial de desvalimiento, con la cual se nace, coincide con una repentina hipotensión que pone en marcha “bruscamente” los mecanismos de regulación, ya que puede ser experimentada como algo que “desangra” a los tejidos, tal como ocurre con una profusa hemorragia.

Puede decirse que el modelo heredado, filogenético, con el cual se reacciona aumentando la presión frente a la interrupción de un suministro (umbilical) imprescindible para la supervivencia, se pone en marcha, se actualiza ontogenéticamente, en el momento del nacimiento, como un acto motor que se justifica y que habitualmente es eficaz. Sin embargo ese mismo modelo filogenético que se pone en marcha en el neonato, se puede reactualizar posteriormente en la vida del adulto frente a una experiencia que interpreta como una brusca interrupción del “suministro afectivo” que siente imprescindible para el sostén de la autoestima. Podemos decir entonces que la vasoconstricción periférica, uno de los recursos defensivos fisiológicos de los que se dispone para enfrentar la hipotensión, también se puede desencadenar de una manera ineficaz o, inclusive, perjudicial, como producto de un “error” o confusión inconsciente que conduce a reaccionar frente a una injuria en la autoestima como si se tratara efectivamente de una herida que genera una hemorragia que “desangra”.

Hemos visto que la interrupción de suministro, sea material o espiritual, se experimenta, en determinadas condiciones, como una frustración penosa, y, a menudo, injusta. Es muy frecuente que genere una reacción de cólera o de rebeldía, especialmente cuando se experimenta la situación que se vive como un “desangrarse en una dádiva sin retorno”, porque no se logra restaurar la autoestima recibiendo un suministro que se cree merecer como un “retorno” en virtud de conductas pródigas pretéritas o actuales. La cólera o la rebeldía se refuerzan cuando lo que se interpreta como una injuria, reactiva un sentimiento de indignidad que suele permanecer inconsciente gracias a que, muy frecuentemente, cada vez que “reaparece” se lo transforma en indignación. En otras palabras, cuando el sentimiento de indignidad latente se acerca a la conciencia suele transformarse, defensivamente, en la experiencia de encontrarse con alguien “que indigna”. Es interesante consignar que, así como (de acuerdo con Dumas) existe una cólera blanca y una cólera roja⁷², se ha distinguido desde antiguo una hipertensión pálida de una roja, más benigna, que podemos relacionar con sentimientos de vergüenza que permanecen inconscientes junto con el afecto indignidad que los provoca.

Llegamos así a la situación que se presenta cuando el sentimiento de indignación no puede desarrollarse y queda, inhibido y reprimido, lejos de la conciencia. Es una situación que surge cuando la indignación que se siente se dirige hacia personas que son (o que, aunque sea transitoriamente, representan) personajes muy importantes en la vida de la persona que, indignada con ellos, siente, al mismo tiempo, que de ellos, material o afectivamente, depende. Cuando el “recurso” de la indignación no puede desarrollarse (y la reparación del sentimiento de indignidad que recubría sería insoportable, porque reactivaría un “sentirse desvalido y sin esperanzas” demasiado intenso) la excitación de la indignación puede descargarse (patosomáticamente) derivándola sobre uno solo de los elementos de su clave de inervación, la tensión arterial, que de este modo se eleva y se transforma en el signo de un trastorno funcional somático, mientras que la indignación latente y coartada (que la hipertensión representa) permanece oculta.

En síntesis

⁷² Dumas Georges, Idem. Morris Desmond, (1967) *El mono desnudo*, Hyspamérica, Buenos Aires-Madrid, 1986.

Cuando una insuficiencia de abastecimiento conduce a sentirse inerme y desvalido, se suele interpretar la situación como producto de una falla propia, Esa interpretación defiende del sentimiento de impotencia, pero conduce a sentirse indigno del suministro necesario.

La carencia que ha sido interpretada como un testimonio de la propia indignidad incrementa la necesidad de una asistencia que no sólo debe satisfacer las necesidades básicas, sino que, además, ahora deberá restaurar también el déficit de la autoestima, en el que se ha incurrido. Esto se manifiesta como una impostergable necesidad de ser valorado y reconocido por las personas significativas del entorno, representantes del ideal que puede absolver o condenar.

Cuando una persona alberga un sentimiento de indignidad muy intenso, a través de un suministro, material o espiritual, obtenido por conmiseración, puede todavía certificar que, aunque más no sea, es digno de lástima. Pero también es posible que se indigne y enarbole, como reclamo, un derecho a ser asistido.

Cuando, en cambio, su sentimiento de indignidad no es tan fuerte, puede adoptar una actitud pródiga, que transformando en lo contrario la actitud demandante, intenta “presionar” para que, en reciprocidad, le otorguen la valoración deseada. Tal prodigalidad, producto de un designio inconsciente egoísta (lo que se dice “interesado”), refuerza el sentimiento de indignidad, pero sirve, por otro lado, para mantener oculta la actitud demandante.

Es frecuente que una persona que intenta de encubrir el sentimiento de indignidad con la prodigalidad se sienta presionada por lo que experimenta como una demanda excesiva o como un “desangrarse en una dádiva sin retorno”.

La prodigalidad manifiesta, como transformación en lo contrario (formación reactiva) de la indignidad encubierta, procura mantener en la consciencia un sentimiento de dignidad, y cuando ese propósito se ve amenazado, surge, como formación reactiva más extrema, el sentimiento de indignación.

Aquello que, desde el punto de vista psíquico, llamamos sentimiento de dignidad, desde el punto de vista físico se registra como los fenómenos

producidos por el conjunto de “inervaciones” que configura la “clave” de ese sentimiento. La presión arterial fisiológica forma parte de la clave de inervación de un sentimiento de dignidad normal, como un signo esencial de la actividad de esa clave, dado que es un factor esencial en el abastecimiento de los tejidos.

El sentimiento de indignación consciente debe acompañarse, por lo tanto, de un cierto grado de elevación de la tensión arterial que “pasa desapercibido” por la conciencia. Si, en cambio, la indignación se reprime, la hipertensión se incrementa y puede hacerse consciente. El sentimiento de indignidad, cuando es consciente debe trascurrir, por razones análogas, con un cierto grado de hipotensión que permanece inconsciente, a menos que la indignidad se reprima y la hipotensión se incremente.

Cuando el sentimiento de indignidad es insoportable, porque reactivaría un “sentirse desvalido y sin esperanzas” demasiado intenso, puede inhibirse y sustituirse el afecto indignidad de dos maneras. Una, patosomática, transfiriendo la excitación completa de su clave sobre el elemento hipotensión, la otra, neurótica, transformando el sentimiento de indignidad en otra emoción, indignación, que lo recubre y lo oculta.

Hay circunstancias en las cuales el sentimiento de indignación no puede desarrollarse y queda, inhibido y reprimido, lejos de la conciencia. Suele suceder de esa manera cuando la indignación que se siente se dirige hacia personas que son (o que, aunque sea transitoriamente, representan) personajes frente a los cuales se experimenta una dependencia material o afectiva. En esas circunstancias la excitación de la indignación puede descargarse (patosomáticamente) derivándola sobre uno solo de los elementos de su clave de inervación, la tensión arterial, que de este modo se eleva y se transforma en el signo de un trastorno funcional somático, mientras que la indignación latente y coartada (que la hipertensión representa) permanece oculta.

Podría decirse que la hipertensión arterial es una indignación que ha equivocado su camino, pero también que la aparentemente “sana” indignación es un sentimiento de indignidad que ha equivocado su camino. Podría decirse, por fin, que el sentimiento de indignidad (una de las más insignes formas de la culpa) substituye, “equivocadamente”, a la impotencia que sentimos frente a una carencia que experimentamos como una “pérdida de amor” que se nos antoja insoportable.

CAP IX

UNA HISTORIA QUE TRANSCURRE ENTRE LA INDIGNIDAD Y LA INDIGNACIÓN

La historia que aquí reproducimos es una cita textual de la que incluimos en el trabajo que publicamos en 1992. Se trata de un paciente que fue enviado por su psicoterapeuta a nuestro Centro Weizsaecker de consulta médica, para realizar un estudio patobiográfico, debido a que en los últimos meses, a pesar de estar correctamente medicado desde que le habían hecho el diagnóstico hacía ya seis años, sufría algunos picos de hipertensión que preocupaban a su médico. Cinco años antes se había establecido electrocardiográficamente la existencia de una sobrecarga del ventrículo izquierdo. En el momento de la consulta el informe médico consignaba que padecía de una hipertensión esencial con cifras que, a pesar del tratamiento farmacológico, oscilaban entre 14 y 18 de máxima y 9 a 10 de mínima.

Tenía 58 años... por momentos Santiago se sentía viejo... la presión podía ser peligrosa... por las complicaciones... Con Dora se animó a convivir y en algún momento hasta pensó en casarse... pero... al final... se quedó con Perla... y con la familia... Y empezó a andar mal de salud... primero, la hipertensión, luego, los pólipos intestinales, y ahora, hasta tenía "un poco de próstata"... aunque de eso, por el momento, dijo el médico, no había que operar...

La última vez fue en el camino a Mendoza... la iba a visitar a Maggy... las mismas molestias del verano después de la panzada de mariscos... en Mar del Plata, con Perla... seguro que era la presión... Maggy le había dado un nieto... el chiquilín le gustaba... le llevaba un regalo... ¡Parece mentira!... Maggy, la preferida, que le armó el lío con Perla cuando él le confió lo de su relación con Dora, ahora vivía (¡y había tenido un hijo!) con un hombre que todavía no se había divorciado legalmente... Pensar que él hubiera podido tener un hijo así con Dora... y que en cambio Dora, después de que él la dejó, lo tuvo con otro... A veces los veía... porque se quedaron allí, en el mismo barrio...

Muchas veces había tenido ganas de separarse de Perla... pero ¡los chicos!... sus obligaciones de padre... Aun ahora, que son grandes y profesionales, usan la tarjeta de crédito que paga él... Siempre fue así... la plata de él es de todos... a veces quiso rebelarse, pero siempre se sintió responsable... A los 18 años, luego de una niñez paupérrima en la cual había añorado intensamente las caricias y la dulzura ausentes, había ingresado en Ciencias Económicas... y a los 20 decidió dejar de estudiar... y se fue a Mendoza para fabricar ropa... y se encariñó con Celina... Pero papá le mandó decir que si no volvía y retomaba sus estudios, no lo volvería a ver más... Y ¡jobedeció!... rompió el noviazgo y, respetuosamente, volvió. Por fin... ya contador, la conoció a Perla y se casó... fundó la empresa... ¡un buen hijo!... “para mostrar”, como quería su padre.

Si postergó sus aspiraciones artísticas, los deportes y todo lo que no tuviera que ver con lo que papá esperaba de él... si se casó con la mujer que él le había señalado, con ceremonia religiosa... fue porque, a pesar de la mala relación que siempre tuvieron, nunca hubiera podido traicionar a papá, que predicaba con la vehemencia de un pastor protestante... Hasta lo mantuvo a su padre económicamente desde los 30 años... Y aun ahora, que murió, y aunque sus hermanos pueden... la mantiene a mamá. Siempre fue generoso... y le hubiera gustado que se lo reconocieran mejor.

Dejar a Dora fue todo un sacrificio... pero no hubo una recompensa, igual... Perla no lo trataba con la consideración que él esperaba... No... dificultades no había... ella ahora se arreglaba un poco más... estaba menos descuidada... pero... algo faltaba... Quizás en Mar del Plata se había hartado con mariscos porque se aburría con ella... Cuando tenían relaciones, ella cumplía... en realidad no podía quejarse, pero se quedaba con la sensación de ser un fracasado sexual... Con Dora era diferente... Cuando la dejó, y terminó la tortura de abandonar a la familia, al principio, se sintió aliviado... pero apenas pudo disfrutar de ese alivio... por los recuerdos... y porque casi enseguida se empezó a enfermar...

Para colmo, aunque la empresa había mejorado, las cosas se le estaban escapando de control... su primo, que él había incorporado, se fue con otros socios para formar su propia empresa... había perdido el liderazgo luego de la convocatoria de acreedores... a veces sentía que ya no podía continuar... Tal vez, si el físico aflojaba... era porque algo de su ánimo influía... ¿Acaso no se pasó toda la noche de fin de año triste... pensando en Dora... ¡como tantas otras veces!, aunque lo acompañaba la familia

que había decidido no perder? En los últimos seis años nunca había dejado de tomar, juiciosamente, los medicamentos que le habían recetado, y sin embargo, en aquel día de Año Nuevo en que el dolor le partía la cabeza, el primer Año Nuevo desde que se separó de Dora, tuvo otra subida de presión...

** * **

Santiago había sufrido las carencias de una infancia paupérrima de bienestar económico y de bienestar afectivo. Si prefirió creer que sus carencias eran el producto de una falla que, en tanto propia, era subsanable, tuvo que pagar el duro precio de sentir que merecía poco frente a un padre, protestante, de moralidad severa, un padre para quien el ser indigno era un asunto demasiado grave. Y así, para luchar con lo que había transformado una pobreza digna... en la indignidad de la miseria, Santiago adquirió, ya desde niño, la actitud de ser pródigo. Construyó una familia y se hizo cargo de todo, y conservó en el alma, como un inconfesado secreto, el anhelo incumplido de recibir cariño, de cosechar el aprecio y la estima de sus seres queridos. Anhela, y a veces le parece que lo logra, ser digno del respeto y de la consideración de todos.

¿Qué fue lo que no anduvo? Cuando a los 20 años, para ser digno de papá, sacrificó su cariño por Celina, alimentó, sin saberlo y sin quererlo, su sentimiento de indignidad inconsciente. Pero era joven... trabajador... obediente y juicioso, y pudo, gracias a esas cualidades, apuntalar, frente a sí mismo, el sentimiento, claudicante, de que su vida era digna. Algún día, cuando la fuerza de la juventud mermara, cuando ya fuera difícil mantener la creencia de que el futuro cumpliría las esperanzas, Celina tendría que volver para exigir lo suyo, aquellas promesas incumplidas... las mismas que Santiago se había prometido a sí mismo... Y ese día llegó... y cuando Celina volvió, se llamó Dora...

Pero volvió, ¡otra vez!, a suceder lo mismo... ahora papá se llamó Perla, y también Maggy... ¡La familia!... esa familia sin cuyo respeto y compañía era casi imposible pensar en vivir... Una familia que no daba, una familia que sólo recibía y prometía... como el primo de la empresa... que había prometido sin que llegara nunca el momento de cumplir... Y así se separó de Dora... con la cual la sexualidad era diferente. Y ahora la recuerda...

Quizás también pensaba que todo era lo mismo... y que tampoco Dora, a la postre, le daría lo que ansiaba recibir... Y ahora, a fin de año, en familia, la recuerda... evitando a duras penas sentirse humillado, cobarde e indigno... en su interior se desata, como una primera marea de este último año, como una "oleada" de sangre que también deberá reprimir, una indignación que "sube" y que hubiera llegado hasta la superficie de la palabra, la emoción y el gesto, si no fuera porque está dirigida hacia quienes ama... los mismos de quienes espera el aprecio que necesita para poder vivir...

Sólo quedará un indicio del volcán subterráneo, un indicio que el médico ayudará a combatir... Dos meses más tarde, en Mar del Plata, haciendo, con Perla, "los deberes" de un "fracasado sexual", volverán a repetirse el recuerdo, la pena, la culpa, la indignación que los cubre, y el síntoma, el único signo de la tormenta interior... Atrapado en la noria de un sempiterno círculo, Santiago retornará, periódicamente, con el ritmo que marque la acumulación de sus pulsiones, mal acomodadas en las circunstancias del entorno que él mismo contribuyó a crear, a los mismos síntomas y signos que sustituyen, en él, otra vez, los mismos sentimientos... y todo debería ser igual...

Pero la vida siempre progresa o retrocede en alguna dirección... y la indignación que Santiago deriva hacia la hipertensión arterial se incrementa con un nuevo dolor... Maggy, la preferida, que tanto había pesado en su decisión de renunciar a Dora, tuvo un hijo... y lo tuvo con un hombre casado... un hijo como el que Santiago hubiera deseado tener y que, finalmente, Dora tuvo con otro... Y ese nieto que Santiago, conmovido, casi a su pesar, comienza a querer, añade un nuevo motivo, y un nuevo dolor, a su necesidad de ser digno...

CAP X

¿QUÉ PUEDE LOGRAR LA PSICOTERAPIA DEL PACIENTE HIPERTENSO?

La incidencia del factor emocional

La pregunta que inicia este capítulo puede responderse en general diciendo que la psicoterapia, como la medicina toda, puede curar la enfermedad, puede “mejorarla” sin llegar a curarla y, si ni siquiera eso es posible, puede ayudar al enfermo para que tolere mejor sus efectos. Todo eso depende, naturalmente, no sólo de la enfermedad y del grado que alcanza en un determinado paciente, también depende del enfermo y del psicoterapeuta.

Convendrá entonces que empecemos por repasar algunas cosas que acerca de la hipertensión “como enfermedad”, hemos comentado. Recordemos que suele afirmarse que “el factor” emocional, actuando principalmente a través del sistema simpático adrenal, es incapaz por sí sólo, de sostener un aumento de la tensión arterial el tiempo suficiente para condicionar una enfermedad hipertensiva. Mientras que otros autores afirman que sucesivos “picos” de hipertensión, aunque sean de corta duración, en la medida en que se repiten frecuentemente conducen a una lesión vascular y determinan, de ese modo, que la enfermedad se instale. Recordemos también que Samuel Mann afirma, a partir de su vasta experiencia, que la intervención del factor emocional es mucho más frecuente de lo que habitualmente se piensa, ya que la influencia más importante la ejercen emociones que permanecen ocultas, para finalizar señalando que, no obstante, hay casos en los cuales el factor emocional no interviene. Los capítulos VI, VII, y VIII fundamentan y exponen razones por las cuales (y a pesar de la perspicacia que, desde su condición de

clínico, ha conducido a Mann a descubrir que existían en sus pacientes emociones ocultas) cabe dudar de su afirmación final. No tiene sentido resumir esas razones aquí, ya que cualquier resumen debilitaría su fuerza.

Tiene sentido en cambio comprender que todo psicoterapeuta, frente a un particular hipertenso, deberá preguntarse con que “clase” de hipertensión se encuentra y cuál es la psicoterapia más adecuada que le puede ofrecer. Debemos resignarnos a esquematizar un poco y describir tres situaciones diferentes que pueden ayudarnos a decidir cuál es la propuesta psicoterapéutica que mejor se adapta para cada caso. Digamos entonces que hay pacientes en los cuales la enfermedad hipertensiva es secundaria o, aun siendo primaria, ha llegado a lesionar otros órganos conduciéndolos hacia un déficit funcional; hay otros en los cuales la enfermedad comienza a manifestarse como lesiones vasculares que son frecuentes en personas de la misma edad con una tensión arterial normal, y hay, por fin, pacientes que no han desarrollado una enfermedad hipertensiva y en los cuales el único hallazgo es una discreta hipertensión.

Sin embargo, antes de examinar las razones por las cuales una propuesta puede ser mejor que otra para tratar a un determinado paciente, es necesario reparar en que, de acuerdo con el recorrido conceptual que hemos expuesto en el capítulo VIII, para que la presión se eleve de la manera sostenida que permite diagnosticar una hipertensión, debe existir una indignación reprimida que, a los fines de permanecer irreconocible y oculta (es decir inconsciente) se “descarga” a través de la tensión sanguínea, que es sólo uno de los elementos que normalmente configuran a la emoción completa.

¿La hipertensión se cura?

La cuestión que acabamos de mencionar es importante, porque nos permite comprender que, independientemente de cuál sea el grado o “la clase” de hipertensión que presenta un paciente, la “curación” completa exigirá resolver la distorsión del afecto inconsciente que la sostiene. Ahora bien, si es ese el objetivo “de máxima” de la psicoterapia, cabe preguntarse con qué grado de dificultad nos enfrentamos y hasta qué punto es posible lograrlo. Si prestamos suficiente atención a los desarrollos expuestos en el capítulo VIII, surge con claridad que se trata de sentimientos fuertemente arraigados en el carácter, configurado como un

conjunto de hábitos que, como otros tantos automatismos, constituyen el estilo con el cual se vive.

Ya hemos visto, al comienzo de este libro, que los autores más prestigiosos que se han ocupado de este tema aseguran que la hipertensión habitualmente no se cura y que el paciente deberá sostener el tratamiento durante el resto de su vida. Pero también es cierto que la experiencia acumulada se basa en la observación de casos en los cuales no se ha indagado suficientemente acerca de las emociones que, lejos de su conciencia, el hipertenso alberga. Samuel Mann⁷³, por ejemplo, relata algunos casos de su práctica médica, en los cuales la indagación en los afectos ocultos, y en episodios biográficos a veces reprimidos durante muchos años, condujo a una franca mejoría de hipertensiones resistentes a los fármacos, o a descender las cifras de la tensión arterial a sus valores normales sin necesidad de continuar recurriendo a la medicación. La idea de que la hipertensión no se cura ya se halla presente en la formulación de un diagnóstico que conduce a que el enfermo piense: “soy” hipertenso. Si, en cambio, pensamos que ese modo de reaccionar puede cambiarse, o que esa enfermedad puede curarse, deberíamos llevarlo hacia la idea de que, mientras continúa atrapado en la repetición de un automatismo que lo perjudica, “está” hipertenso.

No debemos, sin embargo, vender falsas ilusiones. Dicen que el camino que conduce al infierno está empedrado con hombres que estuvieron plagados de buenas intenciones. Pretender resolver el asunto con psicoterapias fáciles que se limitan a consejos sanos o a directivas “saludables” que no podrán cumplirse, a interpretaciones intelectuales sin resonancia afectiva, o a técnicas sugestivas, es perpetuar una vez más el fracaso que descorazona al paciente. Recordemos lo que Freud escribe⁷⁴: *En realidad, entre la técnica sugestiva y la analítica existe una máxima oposición, aquella misma oposición que respecto a las artes encerró Leonardo de Vinci en las fórmulas per via di porre y per via di levare. La pintura, dice Leonardo, opera per via di porre, esto es, va poniendo colores donde antes no los había, sobre el blanco lienzo. En cambio la escultura procede per via di levare, quitando de la piedra la masa que encubre la superficie de la estatua en ella contenida. Idénticamente, la técnica sugestiva actúa per via di porre; no se preocupa del origen, la fuerza y el sentido de los síntomas patológicos, sino que les sobrepone algo -la*

⁷³ Samuel Mann, *Healing Hypertension*, John Wiley & Sons, Inc. 1999.

⁷⁴ Freud Sigmund, (1905)[1904], “Sobre psicoterapia” en *Obras Completas*, eit. Biblioteca Nueva, Madrid, 1967-1968.

sugestión- que supone ha de ser lo bastante fuerte para impedir la exteriorización de la idea patógena. En cambio, la terapia analítica no quiere agregar nada, no quiere introducir nada nuevo, sino, por el contrario, quitar y extraer algo, y con este fin se preocupa de la génesis de los síntomas patológicos y de las conexiones de la idea patógena que se propone hacer desaparecer.

Cuando la “idea patógena” tiene la fuerza de un hábito consolidado a través de los años, es necesario tener en cuenta que alterar los hábitos que conforman los rasgos del carácter es tan difícil como aprender a tocar el violín, lograr hablar fluidamente una lengua que no es la propia, adquirir virtuosismo en un deporte, o realizar una rehabilitación muscular. Todos esos “reacondicionamientos”, y no por casualidad, requieren (salvo casos excepcionales), de una calificada asistencia ajena, y exigen un compromiso serio y una dedicación suficiente, que se caracteriza por hacer un esfuerzo “a contrapelo”, hacerlo frecuentemente y durante un tiempo largo. Es necesario insistir en este punto: de la determinación y la constancia con que se emprenda el intento depende siempre el resultado.

Debemos añadir a lo que ya hemos dicho, que no es suficiente con que una psicoterapia se realice de manera frecuente, durante un tiempo prolongado, y con una adecuada disposición del paciente, para que sea eficaz. Es necesario agregarle que sea ejercida por un psicoterapeuta capaz y que se realice siguiendo algunos esenciales preceptos, entre los cuales se destacan la **asociación libre** (con la **atención flotante**), el **análisis de la transferencia** (con el de la **contratransferencia**) y el **establecer un encuadre**. Sólo uniendo esos preceptos a una frecuencia y una duración del tratamiento adecuadas, podrá sostenerse que el procedimiento utilizado es el psicoanálisis. Cada uno de los preceptos mencionados tiene una larga historia de experiencias y progresos que no es necesario retomar aquí⁷⁵. Sólo diremos que el primero consiste en lo que, en palabras de Freud, corresponde a “no disputar a lo inconsciente la dirección de la síntesis”, es decir no preocuparse, durante el tratamiento, en proseguir un orden prematuro en la persecución de un fin. El segundo puede ser descrito como el llevar a la conciencia, con el cuidado adecuado y con un grado de compromiso afectivo suficiente pero al mismo tiempo tolerable, los modelos habituales de relación que el paciente repite con el psicoanalista y que configuran la manera en que

⁷⁵ Chiozza Luis, *Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente*, Libros del Zorzal, Bs. As., 2010.

realiza su vida. El tercero puede resumirse diciendo que deberán establecerse las “reglas del juego” que ayudaran a tolerar las vicisitudes del vínculo que durante el proceso se establece.

¿Qué nos ofrece la psicoterapia?

Freud señalaba que mientras una terapéutica costosa y larga sea mejor que una fácil y corta se deberá prescribir la primera. Pero una psicoterapia cuyo objetivo es “de máxima”, ¿es la única propuesta psicoterapéutica que se le puede ofrecer a un paciente hipertenso? No todas las personas están igualmente dispuestas a entregar tiempo, dinero y esfuerzo en una empresa que va para largo. Sobre todo teniendo en cuenta que el logro no suele ser visto como una verdadera adquisición, placentera o valiosa, como es evidente en el caso de una nueva habilidad (sea lingüística, musical o deportiva) que, a pesar de ser esforzada y muchas veces penosa, se emprende con gusto. Además suele creerse, erróneamente pero con mucha frecuencia, que una psicoterapia prolongada y que se realiza a menudo, sólo se prescribe por conveniencia del profesional que la realiza y, dado que se piensa que lo único que se propone es restablecer la salud, en el mejor de los casos, lejos de otorgar habilidades y satisfacciones nuevas, no dará más capacidad que la que antes de enfermar se tenía.

Es en este punto, y precisamente por las razones que acabamos de mencionar, que tiene sentido diferenciar entre los tres tipos de paciente hipertenso que, esquemáticamente, describimos antes. La situación en la cual se encuentran lesiones vasculares que (con razón o sin ella) se atribuyen a la hipertensión, constituye quizás la ocasión más propicia para una psicoterapia que se propone cambiar el carácter. Esto es así por dos motivos, el primero es que en esos casos suele haber suficiente intranquilidad frente a lo que puede suceder, como para evitar que se postergue con cualquier pretexto el ocuparse “en serio” de la enfermedad. El segundo es que no hay, como en los casos en los cuales se han producido lesiones más graves, suficiente urgencia como para tener que pasar por encima del precepto que nos conduce a “no disputar a lo inconsciente la dirección de la síntesis”.

Cuando la hipertensión es “sólo” un diagnóstico médico basado en un único signo, en un paciente que no presenta síntomas ni indicios de alteraciones orgánicas, es muy difícil que se halle dispuesto, si no se le añaden otros motivos, a emprender una psicoterapia frecuente y larga,

que exige tanto compromiso. Para este último caso, y para la situación creada cuando el paciente presenta lesiones orgánicas importantes, disponemos de la posibilidad de utilizar el psicoanálisis en un contexto distinto, en el tiempo corto que la necesidad reclama, y “centrado” en un sólo propósito.

Ventajas e inconvenientes de un estudio patobiográfico

Hay pacientes que, afectados por alteraciones orgánicas más o menos graves que continúan su evolución, no pueden “esperar” todo el tiempo que demanda una psicoterapia que no se dirige “linealmente” a resolver un particular trastorno y, al mismo tiempo, necesitan comprender la relación que existe entre sus desordenes físicos y el malestar emocional que hace crisis en ese momento de sus vidas. La conciencia de esa doble necesidad nos llevo a diseñar, en 1972, junto con Enrique Obstfeld, un método que denominamos, inspirados por la obra de Weizsaecker, patobiografía⁷⁶, y que continuamos utilizando sin interrupción desde entonces, en Bs. As, y después en Italia (Perugia) y en Córdoba (Rio Cuarto).

No es este el lugar para describirlo en detalle, sólo diremos que, para cumplir con el objetivo de que sea, al mismo tiempo que breve, lo suficientemente “profundo”, se realiza con la intervención de un equipo de psicoterapeutas que se “impregna” de la condición del paciente y dedica muchas horas a discutir e interpretar el motivo reprimido en virtud del conflicto inconsciente que constituye la crisis que atraviesa su vida. La patobiografía incluye un examen clínico centrado en los trastornos físicos que motivan la consulta que solicita el paciente; y no es un asunto menor el que también lo examinen colegas de las especialidades médicas que son necesarias para comprender el alcance del trastorno que lo afecta en el cuerpo, y que se realice un ateneo general con la presencia de todos los médicos que han visto al enfermo, a los fines de llegar a un acuerdo con respecto a cuál es la mejor terapéutica.

Queda claro entonces cuales son las ventajas de una patobiografía, pero también queda claro que influirá muy poco en los rasgos de carácter que conducen a un paciente, una y otra vez, a “elegir” alguna enfermedad en el intento vano de “resolver” su vida. No cabe duda que el objetivo “de

⁷⁶ Chiozza Luis “La conmovedora experiencia de resignificar una historia” (2005), en *¿Por qué enfermamos?*, *Obras Completas* t. XIV, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.

máxima” consiste en curar al paciente, y trascender la idea errónea de que eso implica devolverlo a un estado anterior, saludable, en lugar de ayudarlo a realizar un proyecto distinto que trasciende no sólo a la enfermedad, sino también al estado pretérito que lo condujo a ella. Tampoco cabe duda de que el deseo de curar (como lo hemos señalado en otro lugar⁷⁷) se encuentre siempre, aunque se lo haya relegado a la trastienda, en la vocación que condujo al médico a elegir su profesión. Desde ese punto de vista deberemos decir que, como psicoterapeuta, su más ferviente deseo lo inclina a poder ofrecerle al paciente la suma del poder terapéutico que surge de la confluencia de un tratamiento psicoanalítico y un estudio patobiográfico, pero, si eso no es posible, todavía podrá decidir cuál de ellos, en el caso que enfrenta, funcionará, aunque más no sea que “por el momento”, mejor.

⁷⁷ Chiozza Luis, “¿Tratamiento de algo o tratamiento de alguien?”, en Etcheverry Guillermo Jaín y otros, *¿Por qué ser médico hoy?*, Libros del Zorzal, Bs. As. 2009.

CAP XI

UN FERIADO PARTICULAR

Gianni

Gianni, el protagonista del film *Un feriado particular (Pranzo di ferragosto)* es un hombre que ha pasado largamente los cincuenta. De buena complexión física, su forma de andar, un tanto desgarrada, hace pensar que está un poco fuera de forma; aunque quizás contribuya a esa impresión su aspecto resignado y el hecho de que no logra mostrarse tan animoso como le gustaría. Disfruta frecuentemente de un vaso de vino blanco que bebe con agrado, a cualquier hora del día. Su rostro es afable, pero su sonrisa cordial, o tal vez su mirada, y su actitud complaciente, tienen un dejo de incomodidad, como si no pudiera librarse del sentirse en falta. Soltero, sin empleo y sin dinero, vive en el quinto piso de un condominio, en un barrio del centro histórico de Roma (*trastevere*), con su madre, *donna* Valeria, una anciana nonagenaria, de aspecto saludable, viuda, venida a menos y demandante, a quien atiende y cuida. Por la noche, sentado junto a su cama, Gianni le lee, hasta que se duerme, *Los tres mosqueteros*, de Alejandro Dumas. Gianni se dedica a su madre, ella es su ocupación, y *donna* Valeria vive convencida de que las cosas están en su punto, porque así como viven, entre madre e hijo, así debe ser. Deben, eso sí, desde hace tres años, las expensas de su departamento, y no se sabe cómo las van a pagar.

La historia transcurre a mediados de Agosto, cuando el calor aprieta en Roma y todo el mundo se ha ido de vacaciones. Gianni vuelve de hacer las compras, que no puede pagar, y tiene que pedir que las pongan en su cuenta. Se encuentra con Alfonso, el administrador del consorcio, que lo estaba esperando. Son amigos. También con el dueño del almacén se tratan como amigos, tal vez porque viven desde hace años en el mismo

barrio, tal vez porque han ido juntos a la escuela. Gianni le dice enseguida, sin dar muchas vueltas, y sacudiendo la cabeza, que lamentablemente la situación no ha cambiado, y que no puede pagar. Alfonso, cordial, como siempre, se sentó en la cocina, mientras Gianni fue a decirle a su madre, preocupada, en el dormitorio, que se quedara tranquila, que él le hablará y afrontarán la situación.

El arreglo

En la cocina, sentados frente a la mesa, Gianni y Alfonso hablan. La situación empeoró. El consorcio pondrá el asunto en manos de un abogado.

—Pero ¿quién? ¿quién? —pregunta Gianni.

— Sobre todo Mateis —responde Alfonso.

— ¡Hija de puta! — dice Gianni, y Alfonso le aclara que no sabe qué hacer. Gianni “explica”:

— Los problemas, tu sabes, con la *mámma* —y Alfonso comenta:

—Todos tenemos problemas, yo estoy con la dermatitis —.

— Pero la dermatitis no es grave — dice Gianni. Alfonso afirma, serio, que puede tener consecuencias gravísimas.

— Debo desinfectarme en los baños, con barro, mi mujer y mi hija están allí, y yo no puedo ir. ¡Mi madre no quiere ir! ¿Qué va a hacer, acá sola? ¿Tu dejarías a tu madre sola?—. Gianni admite que no, y, de pronto, Alfonso le pide:

— ¿La podrías tener dos días aquí?—

— ¿Qué?!— dice Gianni.

— Dos días... mi madre — insiste Alfonso.

—¿Dos días...? ¿Estás loco? Yo estoy arruinado, acabado— Pero Alfonso sigue:

—Te descuento los arreglos de la terraza—

— A la terraza no voy—

— Además están los desagües—

— Los desagües no debo pagarlos—

— Eso no lo decides tu, lo decide el consorcio... ¡Te los pago yo! Dos días, la pones aquí... mira lo que debes, 1600 euros —

— ¡*mámma* mía, exagerado!— se lamenta Gianni.

— Son tres años, que no pagas, te cortan la luz ¿entiendes? ...y después el ascensor —

— ¡Vamos, qué ascensor!— se queja Gianni. Alfonso le muestra la llave del ascensor:

- Aquí está la llave—
- Esto me parece bien— dice Gianni,
- Por mi madre, y por mí, también— Alfonso agrega:
- Te ruego que lo uses con discreción, sino después me culpan a mí— y Gianni, agradecido asiente mientras Alfonso insiste:
- Entonces dos días... ¿qué dices, eh? —

Cuando Alfonso se va Gianni le explica a su madre, asignando a cada cosa un dedo de su mano:

- El trabajo del techo, el ascensor y ¡la luz!... es importante —
- Importante, claro— dice Valeria y Gianni agrega:
- Estoy contento... de alguna manera...— y su madre reflexiona:
- ... y los recibimos eh... nosotros seguimos como siempre... y los recibimos del mejor modo... porque al fin... haciendo la suma... es conveniente— a lo cual Gianni responde:
- Absolutamente, absolutamente —

Marina y... la tía María

Alfonso llega con su madre, Marina, y Gianni la recibe haciendo gala de su cortesía, pero, casi subrepticamente, detrás de ella, y ante el desconcierto de Gianni, Alfonso introduce y presenta a la hermana de su madre, la tía María. Inútil es que Gianni, presuroso, intente aclarar la situación. Alfonso, con desenvoltura, trata de entusiasmar a su madre diciéndole que desde la ventana la vista es espléndida. Pregunta, como un hijo atento, dónde dormirá. Gianni, comedidamente, propone un “buen diván” que, en todo caso, puede abrirse si desea más comodidad, y Marina lo ensaya, con la actitud de quien espera que le ofrezcan lo mejor. Gianni agrega que cocina bien, y Alfonso no deja pasar la ocasión de preguntar que les dará de comer, insinuando, sin decirlo, que se siente con derecho a que las atienda muy bien. Agrega, de paso, que la tía María prepara unos platos extraordinarios. Mientras tanto Valeria, que se ha pintado los labios, se ha puesto, frente al espejo, los aros, y también color en las mejillas, sobre la piel manchada y ajada por los años, hace su entrada con un sonoro

- ¡Buen día! ¡Bienvenida!— Y, mientras abraza y besa a Marina en las mejillas, pregunta, mirando a María:
- ¿Y la Sra.? — y continua:
- ¡Qué placer! —

En un aparte, en la terraza, mientras acomodan los almohadones de una cama improvisada para la tía María, Gianni se rebela.

— No, no, no, lo lamento, a la tía no la acepto — Alfonso lo mira como se mira a un desconsiderado.

— ¿Qué hago con ella en *ferragosto*? ¿La dejo abajo? — Y, juntando las manos como si estuviera rezando, mientras las mueve hacia arriba y hacia abajo, añade:

— Yo te pido humanamente—

— Humanamente ... yo te entiendo —dice Gianni,

— Pero...— Alfonso mete la mano en el bolsillo y saca un billete.

—Toma—

— ¿Qué hago yo? ¡¿Qué hago?! — dice Gianni, con el billete en las manos,

— las compras, la comida...— y Alfonso saca otro billete.

— ¡pero si comen como dos pajaritos! No te costarán nada, compra lo de siempre —

— ¿Y de salud? — dice Gianni.

—Una roca, de vez en cuando se olvida alguna cosa—

— ¡Arterioesclerosis! — exclama Gianni.

—Sí, pero no es un problema... ayúdame y terminamos—

— ¿De carácter? —

— Dócil. Dónde la dejas, allí la encuentras. Te recomiendo, a las diez, dale una aspirineta —

Nuevamente en el departamento, Alfonso se despide, diciéndole a Gianni que no hace falta que lo acompañe, que se quede con ellas. Dos minutos después Gianni, fumando un cigarrillo en la ventana, ve que Alfonso, en la calle, besa en ambas mejillas y abraza a una hermosa joven rubia, la sube a su automóvil y coloca su valija en el asiento trasero. Mientras tanto, en la sala Marina dice:

—Disculpa, pero tu hijo no trae la coca cola, y tengo tanta sed...—

— Espera— dice Valeria que ni piensa en levantarse:

—Se habrá olvidado. ¡Gianni! —

Tuvo algunas simpatías pero no llegó a nada

Gianni, con un delantal de cocina, disfruta preparando apetitosas verduras cocidas con salsa de tomate y doradas milanesas, mientras fuma y se sirve, abundantemente, su infaltable vino blanco. Cuando les sirve, diligentemente, la comida, Mariana le dice:

— Gianni, ven a comer con nosotras— Gianni y su madre responden al unísono:

— Hoy no... mañana— y Valeria agrega:

— Mañana sí, sino no es *ferragosto* — mientras Marina dice:

— Mañana estás invitado —

Gianni come en la cocina, y desde la sala se oye a Marina hablar con Valeria.

— Realmente debo decir que tu hijo cocina muy bien—

— Ahora... sabes... tengo que decirte... que le enseñé yo—

— ¿Tu hijo es casado?—

— No. Ha tenido algunas simpatías pero no llegó a nada—

— Culpa tuya. ¡Mamá celosa! —

Luego vemos a Gianni que, solícito y obsequioso, arma la cama de la tía María, mientras ella le sonrío.

— Te preparé la camita, aquí estarás bien — y le pregunta:

— ¿Tienes hijos?—

— Sí, tengo dos—

— ¿Y donde están? ¿Qué hacen, están de vacaciones?—

— El chico está de vacaciones, el otro todavía no—

— Ah, bueno... ya está... ¿Está bien así? —

En la escena siguiente Valeria, en su habitación, juega, con los naipes, un solitario y Gianni entra para decirle:

— Oh *mámma*. Te vengo a pedir un favor. La madre del administrador quiere ver televisión— Valeria, al mismo tiempo lo amonesta:

— Cómo... ¿aun con el delantal?—

— Estoy trabajando—

— Bueno... pero es un poco exagerado... Sí, sí, dale. Mira... estoy contenta, porque así se entretienen, y yo...— y mientras Gianni levanta el televisor, continúa:

— Porque, digo, lo hacemos de voluntad, pero voluntad hasta un cierto punto. “Lo que va, viene”, pero... es un poco pesado— Gianni deja el televisor en la mesa y, preocupado, se acerca.

— ¿Hay algo que no va?—

— No. Que no va, no, pero... yo te digo, sinceramente, la tía María es un poco pesada... repite siempre las mismas cosas... tiene esos dos hijos que... y después la otra... —

— Pero es simpática—

— Sí, es simpática... algo ordinaria... trajo la torta. Yo se la agradecí... pero estaba cubierta por un repasador...estaba por decirle algo— y se ríe burlona. Gianni, serio, y juntando ambas manos con los dedos entrelazados, le dice:

—Tienes razón. Pero no hagas caprichos... Te ruego— le toma una mano y se la besa.

— Porque yo estoy... — y su madre agrega:

— Pero los comentarios entre nosotros... los vamos a seguir haciendo —

Estoy en una situación

Cuando Gianni llega con el televisor Marina, acostada en el diván, descalza y vestida con coquetería, tiene aires de princesa. Mientras lo coloca dice

—Vas a ver...con esta— y Marina repite:

—“Vas a ver... con esta”. ... lo que eres capaz de hacer— y luego de un instante:

—¿No va?— Gianni asegura:

—En cinco minutos se calienta. Se calienta sola y se verá muy bien. Si, sí sí sí. Créeme. Cinco minutos— Mientras Marina dice:

—Veremos...— y añade:

—Verás... verás... qué barbaridad...—

En la escena siguiente Gianni le abre la puerta a su amigo Marcelo, que es médico de la familia, y a quién ha llamado porque se siente mal, pero cuando se encaminan hacia una habitación en donde Marcelo pueda examinarlo, no se queja de un síntoma, o de que algo le duele, comienza, en cambio, diciéndole:

— Estoy en una situación... una situación un poco...— Marcelo lo examina y le aclara que no tiene una hernia. Dándole una palmada en la frente, agrega:

— La hernia la tienes acá— Luego, mientras le mide la presión sanguínea, le dice que la mínima es de 110, y cuando Gianni, le pregunta, preocupado si es grave, Marcelo, serio, le contesta:

— No... no. Grave no es... Digamos que... debes comer menos salado... ¿Y ese dolor que tenías?—

— El dolor no es siempre... solo cuando corro, o cuando subo la escalera...es un dolorcito aquí, —

— ¿Llega al brazo? —

— A veces —

— ¿Llega a los dedos? — Marcelo le dice que es una angina estable, que no se preocupe, que es estable, pero que cuando pasen las vacaciones lo vaya a ver al hospital. Luego le cuenta que la mujer que cuida a su madre se ha vuelto a Rumania, a pasar el feriado con su familia, y que él está de guardia, en el hospital. Su madre no puede quedarse sola. Serio y atribulado le pregunta a Gianni si podría tenerla con él hasta el día siguiente.

Poco después, lo vemos a Gianni comprando los ingredientes con los cuales preparará la cena, y mientras camina con las provisiones, su cara trasunta una expresión que es una mezcla de fatiga y angustia. Está en la cocina, preparando con la tía María, la pasta al horno que es la especialidad de ella, cuando llega Marcelo con su madre, Gracia. Gianni baja para recibirla. Gracia es una anciana de aspecto culto y agradable, vestida y peinada con sobriedad, que se despide cariñosamente de su hijo, antes de subir, con Gianni, en el ascensor que los llevará hasta el quinto piso. Marcelo, lee una hoja que ha escrito para Gianni, con un conjunto de recomendaciones. Por la mañana, a las 9, antes del desayuno, toma para la presión amlodipina, medio comprimido colorado. Las medicinas, aclara, están todas en la valijita. Con el almuerzo, para la digestión, 20 minutos antes, un comprimido, blanco, de domperidona. Lo mismo a la noche, a las 21hs, 20 minutos antes de la cena, el comprimido blanco de domperidona y, antes de ir a la cama, el otro medio comprimido colorado para la presión. En cuanto a la alimentación se deben absolutamente evitar “porque son venenos para mamá”, lacteos, quesos y derivados, porque tiene intolerancia a los lácteos, y le provocan un dolor de cabeza horrible. Se debe evitar también el tomate cocido, porque le produce acidez y no la deja dormir.

— Comprendido— ha dicho Gianni, que asiente frecuentemente con la cabeza, mientras Marcelo dice que volverá el día siguiente al mediodía, y reitera sus recomendaciones y su agradecimiento.

Luego de acomodar a Gracia en su habitación, e insistirle en que cualquier cosa que necesite no dude en llamar, Gianni le comunica a su madre:

—Ha llegado Gracia. ¿No la quieres saludar?— Valeria sacude ambas manos, con la actitud de quien quiere sacarse algo molesto de encima.

—Escucha... Yo, sinceramente, prefiero comer aquí... Además... te quería pedir una cosa... El televisor... ¿Lo puedes recuperar? Estoy acostumbrada al noticiero. ¿Lo harías?—

—Cierto, cierto, seguro—

- Eh... de manera... —
- Yo lo hago—
- Puedes decirle... mi mamá, sabes cómo es... —
- No te preocupes—

Gianni se ocupa enseguida del pedido de Valeria.

- Marina, lo lamento, me lo tengo que llevar—
- ¿Encima?—
- Me lo tengo que llevar, me siento mal, pero... —
- ¿Lo dices realmente en serio o es una broma?... ¡Ah No! Ahora me has verdaderamente fastidiado... ¿Sabes que te digo? ¡Agarra el televisor y márchate!—

La cena

María y Gracia conversan, sentadas frente a la mesa de la cocina. Gracia come, con fruición, una mortadela que envuelve sobre trozos de grisín. El tema de la conversación gira siempre entorno de la *pasta al forno* que prepara María. Cuando Gianni vuelve a la cocina debe ocuparse de Gracia.

- ¡No!, Gracia, discúlpame querida. No, esto no lo puedes hacer— y mientras le saca el plato de la mortadela ella se agarra un último pedazo.
 - Marcelo... No puedes. Te he preparado zapallitos, zanahorias... —
 - Pero cómo no va a comer la *pasta al forno* — dice la tía María.
 - No, tampoco la puede comer, le prepararé verduras cocidas—
 - Lo lamento, no sabe lo rica que es la *pasta al forno*— insiste la tía
- María y Gracia se queja:

- Hmm... ¡no me diga eso!—

Gianni golpea en la puerta de Marina que, desde el episodio del televisor, se ha encerrado con llave y no lo deja entrar, y le ruega:

- Ábreme, por favor... tengo que arreglar el cuarto... vamos... comemos todos juntos... —
- ¡No!... Quiero estar sola—
- ¡Cómo No!... Vamos... No te hagas la enojada... ¡Pero...! ¿Qué haces, no vas a comer...? —
- ¡He dicho que no! Me voy a quedar aquí—

Gianni vuelve a la cocina.

- Gracia, acá está, estas son las verduras, buenísimas, al vapor, livianísimas—

— Te agradezco tanto— dice gracia mientras la tía María deja clara su posición:

— Yo voy a comer la *pasta al forno*, verduras no como— Gianni dice:

— Lo sé, lo sé— y Gracia:

— Tengo un hijo tan bueno, debo hacerle caso— pero la tía María insiste:

— Yo si tengo que comer eso prefiero no comer—

— ¡La pildorita! Gracia— dice Gianni.

— Debes tomar el domper... el... debes tomarlo ¡Veinte minutos antes!—

Tía María pregunta:

— Y tu mamá ... ¿No viene?—

— Ahora la llamo... *Mámma... Mámma...* la mesa está lista... discúlpeme un momento— mientras Gianni sale Gracia pregunta:

— ¿Apetito?— y María contesta:

— ¡Con ganas de comer la *pasta al forno*!— ambas se rien.

— Pero por qué en la cocina— dice Valeria.

— En la cocina... están ya las señoras... ¿Vienes a la cocina? ¿Sí?—

—En la cocina hemos comido nosotros, pero... con los huéspedes, Gianni...— y Valeria junta las manos como cuando se reza y las mueve arriba y abajo.

— Es una emergencia... no te encapriches—

— No, no me encapricho... Pero... Te quiero decir: a mí, realmente, no me parece que deba ir—

Nuevamente en la cocina Gianni dice:

— Bueno... es un día particular, queridas señoras... disculpen... pero cuando se encapricha... Menos mal que ustedes tienen buen carácter... — Mientras habla sirve, para su madre, un pedazo de *pasta al forno*, y sale para llevárselo. Gracia comenta:

— Es un buen muchacho— y María dice:

— Yo la pasta, la hago en casa por capas, esta la preparamos con la que él compró, esperemos que se pueda comer— Cuando Gianni vuelve, luego de otro intento, que fracasa, para convencer a Marina de que, por lo menos, acepte que le acerque alguna comida, les ofrece a Gracia y María, — ¿Un poquito de vino?—

En su habitación, Valeria se ha comido todo y cuando Gianni le comenta que le ha gustado ella le responde:

— Sí, me gustó, me gustó, pero... te digo en confianza... estuve demasiado drástica... estoy arrepentida... Hagamos una cosa... Invítalas a ver televisión conmigo... Quiero ser al máximo conciliadora y afectuosa—

Casi enseguida Gianni anuncia:

— *Mámma*...mira quienes vienen...—

— ¡Ah... me las trajiste...! Queridas... ¡Qué gusto!—

— Querían ver un poco de televisión—

— ¿Y Marina?—

— Marina no está bien—

— ¿Cómo que no está bien?

— No, tiene dolor de cabeza—

— ¿Es cierto o...? ¿Podríamos hacer algo?—

— No te preocupes... yo me encargo. ¿Quieren un poco de manzanilla?—

En la manzanilla, Gianni, disolverá algunos comprimidos destinados, seguramente, a que se duerman enseguida.

Cuando lo que se añora predomina

A pesar del somnífero y la manzanilla, Gracia, antes de dormir, les leerá las manos a Valeria y a María. De la lectura surge que Valeria lleva consigo los efectos de una infancia feliz, tiene, eso sí, el dedo índice de la mano derecha (el “bastón de mando” dice Gracia) torcido en su última falange, y esto revela que tal vez, teniendo un carácter fuerte, se ha tenido que tragar algo. Valeria dice que tenía un carácter fabuloso, pero que después le faltó Gianni, su marido, su gran amor. Comenzaron a amarse a los quince años, y da a entender de que “eran otros tiempos” y que tuvieron algunos obstáculos en la familia de ella, pero que después se casaron. Gracia lee en sus manos que tiene una salud de hierro y que llegará a ser centenaria, y cuando Valeria aclara que no le gustaría vivir muchos años si tuviera que caminar con bastón, Gracia le asegura que no es, en absoluto, de ese tipo y que no sucederá. A María (la única de las cuatro ancianas que camina con bastón) le dice, en cambio, que ha sido siempre afortunada y ha tenido una vida muy buena. Su dedo índice está derecho. Valeria se muestra entusiasmada y agradecida. Dice que Gracia es genial y que se siente “en las nubes”. Gianni, mientras tanto, sentado en la oscuridad, en la reposera que será la cama en donde pasará la noche, las oye decir, desde la otra habitación:

—...son tantas propuestas... Tantas propuestas de matrimonio... Después de la guerra...—

Poco después Gianni comprueba que su madre duerme, y cuando entra en la habitación de la tía María, repara en que ella se ha traído consigo un plato grabado, que le regalaron sus nietos cuando cumplía ochenta años, reconociendo que hace la *pasta al forno* más rica de todas. Sigue su recorrida y comprueba, sorprendido, que Marina se ha ido. La encuentra a pocas cuerdas de allí, sentada en una mesa de bar, y allí comienza un diálogo rico y demasiado extenso como para reproducirlo aquí. Gianni empieza reprochándole que se haya ido de la casa, aduciendo su responsabilidad frente a Alfonso. Marina lo contradice. Le aclara que la responsabilidad por su vida es de ella, y que se siente bien, allí, sentada, fumando y bebiendo. Gianni insiste argumentando, primero que está cansado, y luego que está enojado, muy enojado. Pero Marina no cede y sólo acepta volver cuando, después de un buen rato, Gianni comparte el trago que ella le ofrece. Ya de vuelta, en casa, la inquietud de Gianni se mantiene, porque el diálogo continúa subiendo de tono. Marina le pide que acomoden la cama, los dos juntos, y que se quede con ella. Gianni le dice que es muy tarde, que hay que dormir, y que está muy cansado. Marina le pide que se acueste, que ella le cantará un arrorró. Todo esto se acompaña de “juegos de manos” y tironeos que incomodan a Gianni, que van ingresando en una zona cada vez más escabrosa, y que llevan a que Marina argumente que le dará miedo dormir sola. Queda sin embargo la duda de si el argumento es completamente sincero, dado que Marina demuestra un “manejo” de los avatares del diálogo, y una comprensión tan acabada de los estados de ánimo de Gianni, como para permitirnos pensar que, si “cede” en su capricho, y lo deja ir, es porque se da cuenta de que él tiene miedo y que la situación lo supera.

Gianni, vuelve a su habitación, en donde duerme Gracia, y saca la reposera, (la “cama” en la que pasará la noche) al balcón, y allí descansa un rato hasta que de pronto, en la oscuridad, divisa en la cocina el horno abierto, iluminado con su luz interior, y vacío. Entra como una tromba en la habitación en donde encuentra a Gracia, sentada en la cama, y terminando con el contenido de la fuente de la *pasta al forno*. Gianni le quita la fuente de las manos mientras repite que no la puede dejar sola, y Gracia, con una expresión en la cual se mezclan la culpa y la angustia, pero también una rebeldía que adquiere un cierto “aire” de inocencia, insiste en comerse un último bocado. Gianni instala su reposera al lado de la cama de Gracia y la escucha hablar, casi entre sueños, de los recuerdos de su infancia en Assis, de su abuela, del frío del invierno por la mañana, cuando iba a la escuela...

Mientras Gianni le ruega:

— Gracia, escucha... Tratemos de dormir, al menos quince minutos... — y se queda dormido... Gracia dice:

— Me gusta recordar esas cosas de la infancia... porque la vejez es tan poco lo que aporta...—

El almuerzo

Cuando Gianni se despierta, a la mañana siguiente, ve a su madre con una bata que, a contraluz, es transparente. Está en la habitación de la tía Maria, que todavía está vestida con el camisón con el cual ha dormido, y le ayuda a probarse un sombrero mientras conversa animadamente con ella. En la mesa de la cocina, Gracia le lee las manos a Marina y le predice una amistad cariñosa, mejor que la de esos que quieren ir rápido a la cama, una persona gentil que “te lleva a comer”, al teatro, con el que “puedes hacer un viajecito”, es inteligente, y no es joven. Termina preguntándole:

— ¿Ya lo conoces? — y Marina le responde que todavía no. María y Valeria entran en la cocina y Valeria dice:

— Miren que bonito le queda el sombrero ¿No está lindo? Y Gianni se apura a confirmarle que realmente le queda muy bien.

La cuatro ancianas por fin han confraternizado, y Valería se dirige a Gianni:
— Escucha Gianni... Dónde está el mantel para el almuerzo de *ferragosto*... Debemos hacer algo espectacular...— Gianni interviene, incómodo y preocupado:

— ¿Qué almuerzo, mamá?—

— ¡El almuerzo de *ferragosto*!—

— Hoy es el día que... Hoy las señoras se van... — Valeria insiste:

— ¡No, no!... Surgieron cambios...—

— Pero no tenemos nada para comer... Hay cuatro huevos en la heladera y una ensaladita...— Valeria, con la actitud de quien señala un defecto, le dice a Gianni:

— Tú has hecho siempre las compras... — Marina que se ha levantado de la silla, se acerca, saca de la cartera un billete de cien euros y se lo entrega a Gianni.

— El almuerzo lo invito yo, si con eso no alcanza arreglamos cuando vuelves— Valeria dice que no, pero Gianni, que ha guardado el dinero en el bolsillo superior de su camisa agrega:

— ¡Mamá! Si quieren contribuir... déjalas... —

En la escena siguiente Gianni se encuentra con el *Vichingo*, un amigo con el cual conversa en el inicio del film, y que parece vivir tomándose una copa, y sentado en una mesa, en la puerta del negocio en donde Gianni suele comprar el vino. Siempre vestido con la misma musculosa, está desaliñado y sin afeitar, pero no se lo ve sucio y sus manos están limpias. Todos los negocios están cerrados, y el *Vichingo*, llevándolo en su motoneta, lo ayudará a conseguir, entre los pescadores, en las márgenes del río de una roma desierta, el pescado que necesita para preparar el almuerzo. Mientras tanto Valeria, con la ayuda de sus nuevas amigas, poniendo nuevamente en uso los restos que atesoraba de su antiguo esplendor, repasará los platos, los vasos y los cubiertos que pondrá en la mesa, ya que todas comparten con la dueña de casa el anhelo por recuperar el bienestar de sus antiguos primores. Gianni y el *Vichingo*, entre los dos, comparten con entusiasmo los deleites de la cocina y del vino, y se complacen preparando el almuerzo. En el salón las cuatro mujeres, que se han vestido con cuidado para la ocasión, conversan mientras esperan la comida. Marina comenta que el *Vichingo* tiene unos ojos interesantes, y se pregunta cuantos años tendrá. Gracia, con una sonrisa, y con buen ánimo, dice que Marina es voluptuosa y peligrosa. El almuerzo comienza con un brindis, propuesto por Valeria, por la bella amistad que entre ellos ha surgido. Se respira, entre las cuatro ancianas, un clima distendido y agradable. Valeria le pregunta a Gracia:

- ¿Tu hijo está en el Hospital ahora? — y María agrega:
- Come tranquila, que no te va a hacer mal— Gracia, entonces, dice:
- Has dicho la pura verdad... Es muy bueno mi hijo... lo quiero tanto... pero yo estoy tan contenta que hoy...—

De pronto, sorpresivamente, el *Vichingo* pide disculpas y dice que se irá a refrescar. Cuando se retira Valeria comenta que le parece un poco extraño. Gianni lo disculpa, diciendo que hace calor, pero Valeria, con un gesto, sugiere que tal vez ha tomado demasiado. Allí, por primera y única vez, Valeria y su hijo hablan en francés, porque ella dice *Peut Être, Peut Être*, y su hijo repite *Peut Être, mamma, Peut Être, Oui*. Marina, muy contenta, propone nuevamente un brindis, al cual se suma, entusiastamente Gracia. En ese momento suena el celular, y es Marcelo quien llama. Gianni le asegura que todo marchó sin tropiezos, inclusive medicamentos y dieta. Vendrá en media hora. Gianni comenta que preparará la valija de Gracia y que tendrá también que hablar con Alfonso. Todas están consternadas, y Marina le dice que el día no terminó todavía, pero Gianni les recuerda que habían hecho un trato.

- ¿Así, tan pronto?— dice Valeria.
- Así son las cosas, Mamá—
- Pero ahora... Que estamos juntos...—
- Bueno, está bien, está bien, despacio, ahora me voy y vuelvo... yo esperar espero... pero qué se yo... —

Gianni se lo encuentra al *Vichingo* durmiendo, acostado en la cama de Valeria. Se sienta en el sillón y lo mira serio, la cámara enfoca la cabeza que reposa en la almohada, blanca, con un encaje recamado. Gianni se sonríe, primero, y luego se ríe. Su cara expresa una angustia intensa, y, finalmente se inclina hacia adelante y la esconde entre sus manos. Cuando vuelve al salón la sonrisa que lleva, puesta, en la cara, es el resultado de un esfuerzo. Entra diciendo que Marcelo vendrá pronto y que ya le ha preparado la valijita a Gracia, pero allí lo esperan las miradas intensas, todas ellas, de las cuatro mujeres, y tres billetes de cien euros que Gracia le ofrece. Gianni cierra los ojos, vacila sólo un instante, toma el dinero, y mientras sacude afirmativamente la cabeza varias veces, dice

- Yo arreglo con Marcelo... Esta noche cenamos algo liviano... un caldito... un caldito de verduras...—
- Con parmesano— dice Gracia
- Sí. Con parmesano—

CAP XII

LAS HUELLAS TENUES DE UNA INDIGNACIÓN AUSENTE

La indignidad de Gianni

Si quisiéramos resumir lo que mejor define la relación de Gianni con su madre y, al mismo, tiempo, el rasgo fundamental de su carácter, podríamos decir que, más allá del afecto, entrañable, que por ella siente, entretejido, a través de los años, con los hábitos comunes que surgen en una convivencia estrecha, Valeria es el origen de la línea que, en Gianni, desde su tierna infancia, separa el bien del mal, la instancia inapelable que, inmune a la razón, la fundamenta a partir de esa forma de la fe que solemos denominar confianza. Es, por lo tanto, quien otorga o niega, bendiciendo, o maldiciendo, el orgullo de ser digno de amor y el derecho al bienestar, o condena al oprobio de sentirse despreciable, por haber incurrido en la conducta mala, fea, y sucia, muy difícil de lavar, que el lenguaje italiano encierra en una frase elocuente: *“Non voglio far una brutta figura”*. Todo este “paquete” de justicia moral, funciona, en Gianni, con la inconsciente naturalidad con la cual se respira cuando se está sano. En otras palabras, Gianni es un hombre “educado”, amable y complaciente, que quiere compartir momentos gratos, y a quien lo horroriza incurrir en conflictos... pero... por implacable jugarreta del destino, la vida es dura, y le falta precisamente plata... el gran lubricante que suaviza a una enorme mayoría de los roces.

Una pregunta cruel se dibuja enseguida: ¿No puede trabajar porque debe cuidar a su madre, o debe cuidar a su madre porque no puede trabajar? Valeria, a sus noventa y tres años, no parece una mujer incapaz de levantarse de su asiento para servirse un té, para cocinar su comida o para hacer sus compras, pero, aunque así fuera, no parece un destino saludable el que un hijo con ese nivel de cultura, reduzca su vida productiva a las tareas domésticas. Gianni, sacando como se dice, “fuerzas de flaqueza”, intenta mantener su dignidad mediante el sacrificio y acepta estoicamente, como si con eso bastara, el “destino” representado por el tener que subir por la escalera los cinco pisos de su casa, dado que, como no paga las expensas, le está vedado el ascensor. Situaciones como esta suelen constituir una ignominia, un afecto que, cuando se lo reprime “patosomáticamente”, configura un significado inconsciente que es

específico y característico de las **cardiopatías isquémicas**⁷⁸ y, tal vez, no es sólo por el esfuerzo físico que Gianni sufre su dolor anginoso cuando sube la escalera. No ha de ser ocioso repetir aquí los cinco parámetros que hemos descrito⁷⁹ como típicos de la ignominia, un afecto muy próximo a la indignidad, de la cual no hemos ocupado en el capítulo VIII. La ignominia es inefable e incalificable (algo que “no tiene nombre”). Exige perentoriamente una solución, porque es insoportable. Se presenta como un dilema insoluble. La acompaña una noción de culpabilidad que no puede ubicarse claramente en uno mismo ni adjudicarse definitivamente a otra persona. Lleva implícita una exposición pública degradante (opuesta al decoro y la condecoración) que es al mismo tiempo desmoralizante (en el doble sentido de desánimo e inmoralidad).

Los indicios de una indignación que no se desarrolla

Gianni vive impregnado por un sentimiento de indignidad que trata permanentemente de contrarrestar. La indignidad lo acosa cuando no puede pagar el vino o las expensas, cuando acepta los billetes que le ponen en las manos, cuando debe dormir en una reposera y, finalmente, culminando con la intensidad dramática de una condena sin esperanzas, cuando contempla la cabeza del *Vichingo* descansando en la almohada primorosa que pertenece a la cama de su madre. Busca “consuelo” para ese sentimiento tomando constantemente vino, e intenta contrarrestarlo con su conducta cortés y comedida, compartiendo lo que bebe y la comida apetitosa que cocina, con su actitud predominante, que parece estar pidiendo excusas y, sobretodo, con la prontitud con la que siempre acepta hacerse cargo. La constancia de su conducta repetida es testimonio de que no logra lo que intenta. ¿Qué otro recurso queda?

Marina no ignora que su hijo, el “bien amado” Alfonso, se la “sacado de encima” junto con la incómoda tía, en *ferragosto*, “comprándoles” una estadía precaria con un cuidado inescrupulosamente fingido. Situaciones como esa suelen conducir a que uno “en el fondo” (prefiriendo la tortura de la culpa a sumirse en el terror de la impotencia) y más allá de los argumentos que esgrima, no se sienta con derecho a más, y reaccione, frente a los sentimientos de indignidad que entonces lo acosan, reprimiéndolos, y sustituyéndolos por un sentimiento de indignación frente al mal trato que recibe. A menos, y eso parece suceder con Marina,

⁷⁸ Chiozza Luis, (1986) “Un infarto en lugar de una ignominia”, en *¿Por qué enfermamos?. La historia que se oculta en el cuerpo*. Libros del Zorzal, Bs. As.

⁷⁹ Chiozza Luis, (1986) “Un infarto en lugar de una ignominia”, Idem.

que la persona con la cual uno “se indigna” sea precisamente aquella de la cual depende de manera material o afectiva. Marina lo resuelve con su actitud “general” un tanto soberbia y prepotente, pero, sobre todo, indignándose excesivamente con Gianni, usando como pretexto el episodio con el televisor. Por lo que el film nos muestra ese también es un recurso del cual Gianni carece.

Apenas el retoño de una naciente indignación comienza a aflorar en la conciencia de Gianni, carente de un destinatario admitido se marchita enseguida y, si en algo se transforma, cabe preguntarse ¿en qué? Así, iniciándose y terminando enseguida, sucede con la copropietaria en el condominio, Mateis, a quien se atreve a llamar hija de puta, pero la situación, más profunda y más sutil, ocurre cuando Gianni descubre que Alfonso lo ha engañado con la dermatitis y que la ha dejado a la madre y la tía para disfrutar de un “turismo aventura” con la apetitosa rubiecita. ¿Qué ha sucedido con esa indignación que, apenas nacida, ha sido hundida y reprimida?

Durante el primer almuerzo, que Gianni realiza en la cocina, como si fuera un empleado de servicio, la indignación ha quedado seguramente reforzada por el comentario que, desde allí, escucha pronunciar a su madre. No sólo el mérito de que él cocine bien es de Valeria por lo que ella le ha enseñado, sino que “ha tenido algunas simpatías pero nunca llegó a nada”. ¿No sentimos acaso, frente a lo que le ocurre con Alfonso y con su madre, por un lado piedad, y por el otro que nos hubiera gustado que no estuviera tan atrapado y que pudiera indignarse? Vemos poco tiempo después el “destino” de la “ausente” indignación de Gianni, cuando debe llamar a Marcelo porque se siente mal, y este encuentra que la tensión arterial mínima le ha subido a 110. De acuerdo con lo que sostuvimos en el capítulo VIII, el afecto indignación se ha deformado “patosomáticamente” y ha quedado irreconocible, ya que el total de su intensidad se descarga a través de uno sólo de los elementos que normalmente lo constituyen.

El reflejo de nuestro protagonista en su propia galería de espejos

Si nos preguntamos ahora que otro destino pudo haber recorrido la indignidad que impregnaba la vida de Gianni, podemos intentar contemplarlo “entre” las personas que configuran su entorno, en la ficción de un film que representa una vida, ya que en cada una de ellas, como en

los personajes de un sueño, su drama “se refleja”. Ya hemos visto que Marina, transformando su indignidad en una indignación frente a su hijo que tampoco puede asumir, la vuelve a transformar en la soberbia y el capricho en los cuales incurre durante el tiempo que le dura el encono. Dejemos ahora de lado al *Vichingo*, que ha elegido el camino del alcohol y la modorra para embrutecer la percepción de una vida que, perdiendo su norte, transcurre en el aburrimiento de los días que son todos iguales. Dejemos también a Valeria, quien, “colgándose” de su hijo, no tiene más achaque que una piel engrosada, que está diciendo “basta”, y ese dedo “torcido”, que simboliza el giro desatinado en el cual ha invertido su vida.

Ocupémonos un instante de Gracia, una viejecita que tiene a veces en la cara, y en la expresión de sus ojos, el rubor que remeda, sin ser del todo, la tierna candidez de un niño. Ella también, al menos en la opinión del hijo que le da la amlodipina, “es” hipertensa, pero su sentimiento de indignidad latente, que se enfrenta con la responsabilidad de un hijo que se ocupa de ella y que la quiere, elige el camino de una cierta “prodigalidad”, con la cual se ocupa de confortar a sus amigas pronosticándoles la fortuna de un destino agradable y, sobre todo, elige ese camino cuando le da dinero a Gianni, y no lo hace con la actitud de Alfonso, que regatea, o con la de Marina que, “poderosa”, humilla, lo hace casi con la vergüenza del que siente que su prodigalidad “no alcanza”. Nos queda, por fin María, la tía, cuya vida ha desembocado en una senilidad “arterioesclerótica”, pero la historia de esa forma de esclerosis, que se constituye como uno de los “acompañantes” típicos de la hipertensión, es otra historia... que por sí sola, merece una atención que obliga a pensar... que habría que dedicarle un libro...