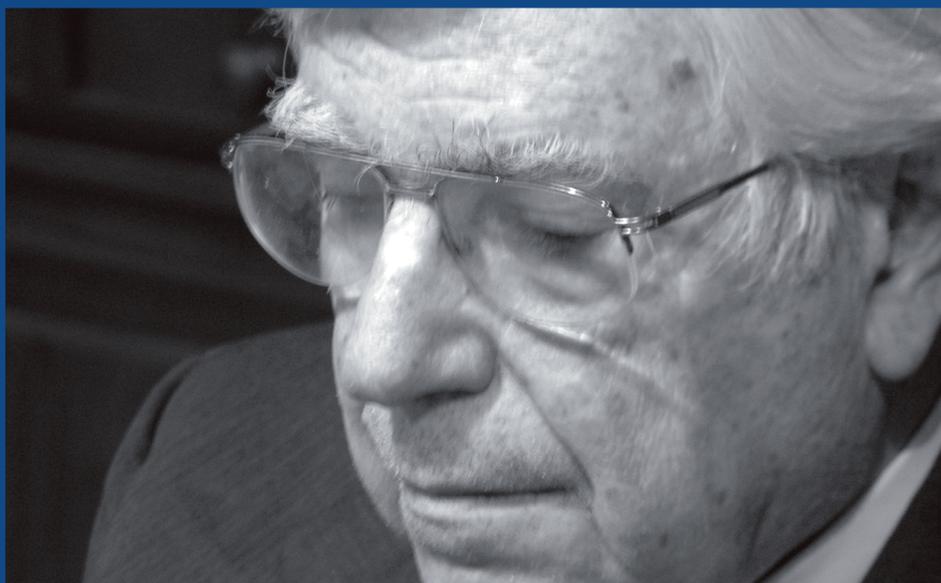


LUIS CHIOZZA

OBRAS COMPLETAS



TOMO XIX (2010-2011)

CÁNCER

HIPERTENSIÓN



libros del
Zorzal

Obras Completas

LUIS CHIOZZA

OBRAS COMPLETAS
TOMO XIX

Cáncer
(2010)

Hipertensión
(2011)



libros del
Zorzal

Chiozza, Luis

Obras completas de Luis Chiozza :Cáncer ¿Por qué a mí, por qué ahora?. Hipertensión ¿Soy o estoy hipertenso? . - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Libros del Zorzal, 2013. 304 p. ; 23x16 cm.

ISBN 978-987-599-303-7

1. Psicología. 2. Psicoanálisis. I. Título
CDD 150.195

DISEÑO DE TAPA: SILVANA CHIOZZA

© Libros del Zorzal, 2013
Buenos Aires, Argentina

ISBN 978-987-599-303-7

Libros del Zorzal
Printed in Argentina
Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de
Obras Completas, escribanos a:
info@delzorzal.com.ar

www.delzorzal.com

ÍNDICE

CÁNCER	
¿POR QUÉ A MÍ, POR QUÉ AHORA?	11
Prólogo y epílogo	15
Capítulo I. El cáncer	19
El encuentro con el cáncer	19
El nacimiento de la oncología.....	22
Capítulo II. Algunos conceptos básicos de biología celular y de genética ...	25
La vida en las células	25
Acerca de cómo funciona el genoma.....	28
Capítulo III. Los descubrimientos que fundamentan la oncología actual	31
¿Qué es y cómo se produce un cáncer?	31
Los distintos modos en que los cánceres proceden	34
La influencia de los genes mutados en la carcinogénesis	36
La evasión de la muerte programada	39
Capítulo IV. La biosemiótica y los nuevos puntos de vista de la biología celular.....	43
La unidad más pequeña de la vida	43
Acerca de lo que denominamos individuo.....	47
El nacimiento de una biosemiótica	48
Capítulo V. Algunas respuestas y algunas reflexiones	51
La predisposición hereditaria.....	51
Los factores de riesgo	52
La estrategia terapéutica	53
¿Es el cáncer una enfermedad celular?	56
Capítulo VI. ¿Qué sucede en el alma de quien se enferma de cáncer?.....	57
La patoneurosis y el factor psíquico	57
Acerca de causas y significados.....	58
Acerca de la relación entre el cuerpo y el alma	61
Capítulo VII. Una concepción psicoanalítica del cáncer	65

El horror al incesto.....	65
El destino de la excitación	66
El nacimiento de las normas morales	67
El narcisismo	68
Las fantasías inconscientes acerca del cáncer.....	70
Las condiciones “psicodinámicas” necesarias para que surja un cáncer. 71	
Capítulo VIII. Dos contribuciones de la literatura.....	75
Acerca de la morfina, el letargo y las endorfinas.....	75
Un fragmento de <i>El elegido</i> , de Thomas Mann.....	77
Un cuento de Sturgeon.....	79
Capítulo IX. Acerca de la célula que se transforma en cáncer.....	83
Dos ideas principales en los puntos de vista de la biología celular	83
Acerca del individuo celular.....	85
Capítulo X. Acerca de la persona que desarrolla un cáncer.....	89
El esqueleto psicodinámico del enfermo de cáncer	89
La enfermedad y el enfermo	92
Hacia una teoría que se expresa en un lenguaje cotidiano.....	93
Acerca de lo que nos “hace falta”	94
Acerca de lo que el cáncer significa.....	99
Capítulo XI. Relato de un <i>film</i> de Isabel Coixet.....	103
David.....	103
Consuela	105
Carolyn	106
El encuentro	108
Volvió por más	109
Los celos	111
El planteo	114
El disgusto de Carolyn.....	115
Quiero que vengas	117
Si hago lo que tú, los destruiré.....	119
Tú lo aceptabas como era	121
Ahora me siento más vieja que tú.....	125
No entendí lo que vi	128
Capítulo XII. El cáncer de Consuela.....	131
El eterno presente del recuerdo	131
¿Por qué precisamente un cáncer?	133
El amor, la belleza y el monstruo.....	134
El desencuentro.....	135

La belleza está en el ojo del que mira.....	137
Nos pasamos la vida persiguiendo... ¿qué?	139
¿Qué ocurrió con Consuela?	141
Índice de autores	145
HIPERTENSIÓN	
¿SOY O ESTOY HIPERTENSO?	147
Prólogo.....	151
Capítulo I. La enfermedad silenciosa.....	155
Una ingrata noticia.....	155
¿Qué es la hipertensión?	156
¿Cuáles son las consecuencias de la enfermedad hipertensiva?	160
¿La hipertensión se cura?.....	162
Capítulo II. La historia natural de la enfermedad	163
El nacimiento de la hipertensión esencial como entidad nosológica.....	163
Acerca de los factores que condicionan su desarrollo	164
La evolución de la hipertensión esencial	166
Capítulo III. Los alcances del conocimiento estadístico.....	167
Casuística y estadística	167
Una relación estadísticamente predominante no implica una relación causal.....	169
La acumulación de casos implica la homologación de variables distintas	170
La probabilidad estadística rige para una población y no para un particular individuo.....	172
Capítulo IV. Los factores que influyen en la presión arterial.....	175
Acerca de causas, mecanismos y factores	175
En síntesis	186
Capítulo V. El tratamiento del paciente hipertenso.....	191
Evaluación y diagnóstico de la hipertensión arterial	191
Prescripciones que se refieren al estilo de vida.....	195
La prescripción de fármacos en la hipertensión esencial.....	198
Algunas dificultades frecuentes	201
Capítulo VI. ¿Enfermedad de algo o enfermedad de alguien?	205
Acerca de lo físico y lo psíquico.....	205
Acerca de causas y de finalidades.....	210
Una parte del alma que permanece inconsciente	213

Capítulo VII. El significado inconsciente de la hipertensión.....	219
Acerca de la relación entre el cuerpo y el alma	219
La hipertensión como expresión de un conflicto inconsciente	222
Capítulo VIII. El significado inconsciente específico de la hipertensión ...	225
Las distintas “formas” de la especificidad	225
La dependencia de la asistencia ajena y la autoestima	227
Acerca de merecer el suministro y de la prodigalidad.....	229
Los cambios físicos que son propios del enojo y de la ira.....	231
Entre la indignidad y la indignación.....	233
En síntesis	235
Capítulo IX. Una historia que transcurre entre la indignidad y la indignación.....	239
Capítulo X. ¿Qué puede lograr la psicoterapia del paciente hipertenso? ...	245
La incidencia del factor emocional.....	245
¿La hipertensión se cura?.....	246
¿Qué nos ofrece la psicoterapia?	249
Ventajas e inconvenientes de un estudio patobiográfico.....	250
Capítulo XI. Un feriado particular	253
Gianni	253
El arreglo.....	254
Marina y ... la tía María	255
Tuvo algunas simpatías pero no llegó a nada	257
Estoy en una situación	258
La cena.....	260
Cuando lo que se añora predomina.....	263
El almuerzo	264
Capítulo XII	
Las huellas tenues de una indignación ausente.....	269
La indignidad de Gianni	269
Los indicios de una indignación que no se desarrolla	270
El reflejo de nuestro protagonista en su propia galería de espejos	272
Bibliografía	275

CÁNCER

¿POR QUÉ A MÍ,
POR QUÉ AHORA?

(2010)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (2010), *Cáncer. ¿Por qué a mí, por qué ahora?*, Buenos Aires, Libros del Zorzal.

A mi madre,
destinataria de mi primera palabra.

PRÓLOGO Y EPÍLOGO

Los capítulos que integran este libro recorren un camino que va desde el “afuera” de la percepción del cáncer hacia el “adentro” de las sensaciones que produce y del significado profundamente emotivo que suscita. En ese “afuera”, tenemos los sucesos que denominamos “objetivos” y que se refieren a los acontecimientos físicos: un tumor, una radiografía, un informe anatomopatológico, una intervención quirúrgica. En el “adentro”, sufrimientos, temores y esperanzas. En los primeros capítulos, nos ocuparemos, pues, de los conocimientos que la especialidad médica denominada oncología ha acumulado como producto de la experiencia clínica y de los descubrimientos de la biología celular y molecular. Luego continuaremos introduciéndonos, paulatinamente, en el camino que conduce desde la enfermedad al enfermo.

La investigación del significado inconsciente que es propio y particular de una formación neoplásica maligna nos llevó a internarnos en las vicisitudes de la vida con las cuales intentamos compensar una añoranza que proviene de nuestra existencia neonatal, cuando vivimos el estrecho vínculo que une a una madre y su bebé recién nacido en una experiencia “de piel” que nuestra memoria conserva, que nuestro cuerpo reconoce, pero que no podemos recordar conscientemente. Esa añoranza se configura como una carencia que nos acompañará toda la vida como una “falta” que hace que nos sintamos incompletos. Una falta que procuraremos continuamente compensar. Platón (en *El banquete*) inmortalizó esa carencia en su mito del ser humano primitivamente andrógino, dividido en dos partes por el rayo de Zeus, como castigo por su intento de escalar el Olimpo.

Freud (en *De guerra y de muerte. Temas de actualidad*) dice que es “demasiado triste que en la vida haya de suceder lo que en el ajedrez, donde una movida en falso puede forzarnos a dar por perdida la partida”. Para colmo, señala, en la vida no se puede jugar una revancha. En el ámbito de la ficción, en cambio, “morimos identificados con un héroe, pero le sobrevivimos y estamos prontos a morir una segunda vez con otro, igualmente incólumes”. Sin embargo, ese proceso que desde un punto de vista nos “deja incólumes” (ya que no morimos junto al héroe con el cual nos identificamos cuando asistimos a una obra de ficción) no transcurre en vano. Por eso podemos decir que el arte es un producto cultural que influye sobre la cultura. La frecuente coincidencia entre los productos de las obras de arte que perduran y los hallazgos de la investigación psicoanalítica nos muestra que “la intuición” del artista le permite ponerse en contacto (en una zona de su conciencia que permanece en “penumbras”) con significados inconscientes que habitualmente reprimimos. De modo que, cuando una obra de arte genuina nos conmueve, perdura porque vivimos con ella una experiencia que nos lleva hacia una comprensión más profunda y nos hace crecer. Es lo que nos sucede cuando entramos en las escenas y los diálogos de *Elegy*, el magnífico *film* que dirige Isabel Coixet. Nos ocuparemos de ese *film* en los dos últimos capítulos, porque nos muestra, en la completa complejidad de una convivencia humana, el cáncer como algo que, en un momento muy particular de su vida, le sucede a una persona.

Viktor von Weizsaecker ha escrito que decir de manera fácil lo que por su naturaleza es difícil conduce a una equivocación. Los desarrollos y las conclusiones que vierto en este libro, tanto desde el punto de vista de la oncología como del de la biología o el psicoanálisis, surgen de lo que dentro de esas disciplinas se ha investigado y elaborado a lo largo de muchos años. Basta esa circunstancia para comprender que se expresan con términos propios y en conceptos muchas veces complejos a los cuales no es fácil acceder. Sin embargo, me he esforzado para escribir este libro de manera que resultara accesible y, en su mayor parte, comprensible para un lector interesado que no posea conocimientos en esas disciplinas. El editor ha contribuido a ese propósito añadiendo al final un glosario con el significado de términos que forman parte de la jerga profesional. Las cuestiones que intento desarrollar aquí surgen de modos de pensamiento que, si bien se apoyan en la obra de muchos autores insignes de reconocido prestigio en los campos a los cuales han dedicado sus trabajos, no

son los que incorporamos (sobre todo años atrás) en nuestra formación secundaria y universitaria, de modo que no son los que circulan en el consenso intelectual habitual. No obstante la dificultad de la tarea, tengo la esperanza de que no haya lector al cual, a través de algún punto de su polifacético contenido, no le llegue, de una forma u otra, algo de lo que, “en su esencia”, este libro contiene.

Tal vez valga la pena recordar que, como la historia de la ciencia muestra, las teorías siempre son provisorias y que –aunque los hechos, por el momento, no las contradigan– no nos garantizan la verdad. Las teorías son mejores o peores por el número de hechos que pueden explicarnos con una mayor economía de principios. En lo que respecta al psicoanálisis, que es el terreno al cual me he dedicado, no hice, por el intento de simplificar, ninguna concesión a la inexactitud. En lo que respecta a la biología y a la oncología, y hasta donde puedo darme cuenta tratándose de conocimientos que no son de mi dominio, creo que tampoco. Siempre me impresionó el episodio, muy probablemente inventado, atribuido a Einstein, quien, en una reunión, después de explicarle a una señora una y otra vez, de un modo cada vez más claro, en qué consistía la teoría de la relatividad, cuando ella por fin manifestó que había entendido, se vio forzado a aclararle que lo que había entendido ya no era la teoría de la relatividad. Hay tres formas, reconocidas desde antiguo, de adquirir conocimientos. Por lo que se ha oído decir (*scire*), se puede pensar y conduce a explicar. Por lo que se ha “saboreado” alguna vez (*sapere*), se puede sentir y conduce a comprender. Y por lo que se ha experimentado muchas veces (*experire*), se puede creer y conduce a aceptar. En un libro se puede relatar, pero no se puede transferir, como si se tratara de los fondos de una cuenta bancaria, el sedimento que deja la experiencia y que constituye la tercera forma, la más lograda, de adquirir conocimientos; pero no he escatimado esfuerzos para intentar llegar al lector mediante las dos primeras, que convocan a la razón y el sentimiento.

Creo que a medida que transcurren los años se ve, cada vez con mayor claridad, la creciente apatencia que tenemos, como enfermos y como médicos, por comprender los aspectos enigmáticos de las enfermedades, que se manifiestan muchas veces en complicaciones y en resultados terapéuticos que se tornan más inesperados e imprevisibles cuando desatendemos el hecho de que el cuerpo humano es un aparato en el cual vive una persona que convive con otras. En los Estudios Patobiográficos que realizamos en nuestro *Centro Weizsaecker de Consulta Médica* con el fin de

comprender la relación que existe entre la enfermedad y la crisis biográfica que atraviesa el enfermo, nos reunimos siempre en un ateneo clínico con los médicos que, desde las distintas especialidades que corresponden a su patología, exploran al enfermo. Me fue de gran ayuda, al escribir este libro, el fructífero intercambio de ideas que durante esos ateneos nos ha llevado a repensar lo que le sucede al enfermo desde distintos ángulos y a considerar con especial atención los pros y los contras de cada uno de los procedimientos que la medicina puede ofrecerle.

Muchas de las preguntas que contienen los primeros capítulos de este libro, y la conciencia de que es necesario formularlas con claridad, surgieron de ese enriquecedor intercambio que nos llevó a volver a pensar, una y otra vez, las cuestiones que la enfermedad y el enfermo nos suscitan. De modo que me apresuro en expresar aquí, a todos ellos y a los colegas psicoanalistas que integraron esa tarea, mi agradecimiento por lo que he aprendido durante esas reuniones. Tengo una deuda de gratitud con Piergiuseppe Pelicci, director científico del Departamento de Oncología Experimental y codirector del *Instituto Europeo di Oncología* (con sede en Milán), ya que ha tenido la amabilidad de esclarecer mis dudas con respecto a la interpretación de algunos conceptos vertidos en los primeros capítulos de este libro. También le agradezco al Dr. Eduardo Dayen el haber identificado las distintas composiciones musicales en cada una de las escenas del *film* que relato y analizo en los dos últimos capítulos, y al Dr. Enrique Obstfeld por haberme llamado la atención sobre la existencia de ese *film*. Sólo resta expresar mi esperanza de que este libro pueda contribuir a que, comprendiendo mejor lo que el cáncer significa, deje de ser un monstruo que, siniestro y extraño, nos acecha, para convertirse en un destino humano frente al cual no estamos completamente inermes.

Enero de 2010

CAPÍTULO I

EL CÁNCER

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.

Viktor von Weizsaecker, *El médico y el enfermo*

Las cosas no son independientemente del tener o no tener un significado, son en virtud de que algo significan.

El encuentro con el cáncer

La palabra *cáncer* tiene una intensa connotación afectiva, porque en general evoca la idea de una enfermedad que produce muchos sufrimien-

tos y que constituye una sentencia de muerte en un plazo más o menos breve. Es cierto que la ciencia médica está en condiciones de afirmar que no siempre es ese el desenlace obligado, y que hay cánceres muy diferentes, muchos de los cuales “se curan”, pero también es cierto que la estadística comprueba que una de cada tres personas, el 33% de la población humana, se enferma de cáncer; y que una de cada cuatro, el 25%, muere como consecuencia de esa enfermedad. Esto equivale a afirmar que, a pesar de los avances de la medicina, el cáncer “mata” todavía a tres de cada cuatro enfermos que lo padecen, es decir, al 75%.

Pirandello, en *L'uomo con il fiore in bocca*, narra de manera conmovedora una situación que representa muy bien el drama que frecuentemente rodea al descubrimiento de un cáncer. La obra comienza mostrándonos un hombre sentado en el café de una estación, que mira, inquieto, su reloj de bolsillo e inicia una conversación con un viajero que en la mesa vecina espera el próximo tren. Luego de unas pocas frases convencionales, le cuenta, de pronto, que la muerte le ha dejado una flor en la boca y que le ha dicho: “Dentro de seis meses volveré a buscarte”. La flor tiene un nombre muy dulce, continúa diciendo, “¿ve esta mancha violácea aquí, en mi labio?, se llama e-pi-te-liooooomaaa. ¡No puedo volver a mi casa, donde mi mujer me espera! ¡Me dice que me quiere besar en la boca, que quiere morirse conmigo!”.

Entre las inevitables preguntas que la enfermedad cancerosa suscita, quizá la que adquiere una mayor cualidad dramática es la que forma parte del título de este libro: *¿Por qué a mí, por qué ahora?* Todo enfermo de cáncer se formula a sí mismo esa pregunta, aunque la mayoría de las veces no permite que esa cuestión permanezca por mucho tiempo en su conciencia. Cuando la noticia de ese hecho infausto llega a su familia y sus amigos, también ellos, aunque no siempre de manera nítida, se plantean el mismo interrogante. No cabe duda de que es una pregunta fuerte, por ser directa, simple y auténtica. Tampoco cabe duda de que implica lo que en términos más secos y académicos –propios del psicoanálisis o de la filosofía existencial– queda rotulado como “el sentido que adquiere la enfermedad en función de la biografía del enfermo”. No hemos elegido para el título esa pregunta por ser una más entre las tantas que rodean a la enfermedad y, sobre todo, acompañan a los hechos que, como en el caso de un diagnóstico de cáncer, comprometen de inmediato la idea de una sentencia que implica sufrimiento, mutilación y muerte. La hemos elegido porque, además de ser ubicua y, sin embargo, la mayoría de las veces acallada, su contenido

señala hacia dónde se encamina este libro. Hay, no obstante, muchas otras que nos irán introduciendo en las múltiples incógnitas que presenta el tema. Citemos algunas entre las más comunes:

Si hay muchos casos en mi familia, ¿tengo más probabilidades de enfermarme de cáncer?

¿En qué medida pueden originarlo una dieta inadecuada o sustancias irritantes, como el alquitrán que el humo de tabaco produce?

¿Influyen en la aparición de un cáncer el agotamiento y la depresión, los disgustos, el estrés o el estar atravesando un duelo?

¿De qué medios disponemos para “luchar” contra el cáncer, y de qué forma actúan?

¿Cómo puede decidirse hasta qué punto, o cuándo, es inevitable y necesario para combatir al crecimiento canceroso, utilizar una terapia que produce efectos secundarios dañinos o infligirle una mutilación para salvarle la vida?

¿Por qué el sistema inmunitario que defiende mi identidad, entre todas las células que cotidianamente se trasforman para crecer como cánceres y dejar de cumplir con la función que desempeñaban, sólo deja vivir algunas en un órgano y continúa matando a todas las demás?

El tipo de cáncer y el lugar en donde se desarrolla, ¿es consecuencia del azar? ¿Por qué suele suceder que mucho tiempo después de haberse extirpado exitosamente un cáncer, la misma persona vuelve a desarrollar otro que no es metástasis ni es recidiva del que se ha curado?

¿Qué es un cáncer? ¿Un intruso, un desarrollo monstruoso que se comporta como se comporta un parásito, o es algo que me pertenece?

¿Es la enfermedad de algunas de mis células o el que está enfermo soy yo?

El tratamiento habitual, ¿se dirige al enfermo canceroso o se dirige solamente al cáncer que ha desarrollado? Por último, ¿hay alguien ahí, en la célula donde se inicia el cáncer? Y si es así, ¿por qué se comporta de ese modo?

Nos introduciremos en estas cuestiones en el tercer capítulo, ya que es necesario que nos ocupemos primero de presentar algunos conocimientos esenciales que forman parte de la especialidad médica denominada oncología (en griego, *onkos* significa ‘tumor’). En el segundo capítulo nos ocuparemos de algunos conceptos fundamentales de biología celular y de genética. Señalemos mientras tanto que según datos obtenidos en papiros del antiguo Egipto provenientes del año 1600 a. C., el ser hu-

mano conoció esta enfermedad hace ya unos 6.000 años. Muchos siglos después, examinando huesos de momias egipcias, pudieron reconocerse osteosarcomas. El nombre “cáncer” proviene de los griegos, ya que fue Hipócrates quien usó la palabra *karkinos* (en latín, ‘cáncer’), que para ellos significaba lo que en castellano denominamos “cangrejo”, para designar esa enfermedad que producía tumores en la mama, en el útero, en el estómago o en la piel. Para Hipócrates la enfermedad no era obra de los dioses sino la expresión de un fenómeno natural. Tannock, Hill, Bristow y Harrington (*The Basic Science of Oncology*) afirman que la idea de que podría tratarse de una enfermedad hereditaria sujeta a las influencias del entorno aparece en la Edad Media, ya que en algunos escritos de la época se hacen referencias a “casas cancerosas”, “familias cancerosas” o “ciudades cancerosas”.

Los antiguos descubrieron muchas cosas acerca del cáncer, como, por ejemplo, que siendo pequeño y reciente, si no estaba íntimamente unido con órganos vitales era conveniente extirparlo, pero que si había crecido y llevaba ya un tiempo, aunque estuviera aislado, era mejor “no tocarlo”, porque el enfermo empeoraba.

Podemos decir que recién en tiempos de Paracelso, el famoso médico del año 1600 (el mismo siglo en que escribía Shakespeare y vivían Bacon y Descartes), el cáncer comenzó a relacionarse con fenómenos irritativos como aquellos a los cuales, años más tarde, se encontrarían expuestos quienes trabajaban en las minas de carbón. Se trata de una teoría que en el siglo XVIII condujo a interpretar del mismo modo el cáncer del escroto que se presentaba en los deshollinadores, y que aun hoy se mantiene cuando se afirma que el fumar es un factor etiológico en el cáncer de pulmón. El hecho de que a partir de Descartes el cáncer se atribuyera a una congelación de la linfa en la forma de nódulos llevó a sostener la idea de que era necesario (especialmente en el cáncer de mama) extirpar, junto con el tumor, los ganglios linfáticos que lo rodeaban, conducta que hoy se realiza fundamentada por otros criterios. Si tenemos en cuenta que en esa época la cirugía se realizaba sin asepsia y sin anestesia, podemos fácilmente imaginar el escaso éxito de esas operaciones.

El nacimiento de la oncología

La oncología actual, como especialidad médica dedicada al estudio y tratamiento del cáncer y como disciplina fundamentada en el método que a

partir de Bacon caracteriza a la ciencia, nace recién en el siglo XIX gracias a la contribución de tres factores: el perfeccionamiento del microscopio, que condujo a Rudolf Virchow a sostener que cada célula nace de otra célula e inaugurar la teoría de que la enfermedad se inicia en las células; y el “advenimiento” de la asepsia y la anestesia, que permitieron mejorar los resultados de la cirugía. También contribuyeron el descubrimiento de los rayos X (que no sólo permitieron mejorar el diagnóstico mediante las radiografías, sino que además pudieron utilizarse para atacar a las células cancerosas) y el descubrimiento de un nuevo metal, el radio, cuya radiactividad se demostró efectiva, en un cierto grado, para “frenar” el desarrollo de algunos cánceres. Muy pronto se agregarían a estos recursos los de la quimioterapia, ejercida mediante drogas dirigidas a cumplir con idénticos fines.

En las primeras décadas del siglo recientemente pasado, se sostuvieron diversas teorías acerca del origen del cáncer. Fue interpretado como el producto de una alteración en los cromosomas de los núcleos celulares, y en 1911 se consiguió inducirlo en pollos a partir de una infección viral. También se demostró la posibilidad de inducir cánceres mediante la agresión química o los rayos X. El descubrimiento del código genético en la estructura del ADN, en 1953, y el desarrollo de la biología molecular aportaron nuevos elementos para el conocimiento de la enfermedad.

Los últimos cincuenta años han sido testigos de un progreso espectacular en la descripción de las bases moleculares del crecimiento canceroso, a partir de los desarrollos obtenidos por la biología molecular y la genética. Sin embargo, a pesar de esos progresos (y de que sólo en los Estados Unidos se gastan 4.700 millones de dólares por año en la investigación del desarrollo neoplásico), mientras que las muertes por enfermedad coronaria y por accidentes cerebrovasculares han disminuido durante esos mismos cincuenta años, no ocurrió lo mismo con el cáncer. Muy por el contrario, según lo afirmado por la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora de la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad continúa incrementándose y, mientras que en el año 2000 murieron 6.2 millones de personas como consecuencia de tumores malignos, la expectativa para 2020, de seguir la tendencia actual, es de 15 millones de muertes como producto de esa enfermedad. Una estadística más reciente señala que en los Estados Unidos hubo una pequeña disminución en el número de muertes por cáncer, en los dos últimos años registrados.

Tal como lo expresa Pecorino (*Molecular Biology of Cancer*, Oxford University Press, 2008): “Estos números son fríos, austeros e impersonales. Ocultos detrás de ellos hay lágrimas, miedos, dolores y pérdidas”.

CAPÍTULO II

ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS DE BIOLOGÍA CELULAR Y DE GENÉTICA

La vida en las células

Los textos de mayor autoridad y prestigio en el terreno de la oncología sostienen que el cáncer es el resultado de una progenie celular que se inicia en la alteración de una célula. Recordar algunos conceptos fundamentales de la biología celular nos ayudará a comprender mejor el alcance de lo que sostienen y a reflexionar, más adelante, sobre su significado. La célula “típica” de un organismo pluricelular, tal como lo aprendemos en las clases más elementales de biología, está formada por un protoplasma (citoplasma) que lleva dentro de sí un núcleo y que está rodeado por una membrana. La investigación condujo paulatinamente a identificar, dentro del citoplasma, pequeños órganos, llamados organelas, que ejercen funciones especiales. Los cloroplastos, por ejemplo, que sólo se encuentran en los vegetales provistos del pigmento verde que se denomina clorofila, fabrican mediante el proceso de fotosíntesis sustancias orgánicas como los hidratos de carbono, a partir de nutrientes inorgánicos y de la energía solar, mientras que las mitocondrias generan la energía necesaria para el movimiento y los distintos procesos de la vida.

Dentro del núcleo, que también se separa del citoplasma por medio de una membrana, se encuentra una larga cadena enrollada en un ovillo, la

cromatina, que se designa con ese nombre porque se tiñe fuertemente con los colorantes que se utilizan para contemplar en el microscopio las estructuras celulares. La cromatina es un conglomerado de proteínas que se denominan histonas, sobre el cual se “enrolla” el ácido desoxirribonucleico, muy conocido por sus siglas, ADN, porque, dado que está presente en todas las células de un organismo y puede ser encontrado, inclusive, en los huesos de una momia, suele ser utilizado para establecer una paternidad incierta o para determinar inequívocamente a quién pertenece una microscópica fracción de un organismo, como pelos, secreción mucosa, saliva, esperma o las pequeñas escamas que provienen de la exfoliación cutánea.

El ADN contiene el conjunto de genes que constituye el genoma, es decir, el código genético que trasmite los caracteres heredados que serán propios y particulares de cada individuo. Un gen es una parte de la cadena de ADN, que funciona como una receta (código) específica para producir determinadas proteínas. El código se inscribe en el ADN mediante una particular secuencia de cuatro bases nitrogenadas que se asocian entre sí y forman sólo dos pares diferentes (siempre los mismos), cada uno de los cuales constituye un “eslabón” de la larga cadena que en cada núcleo celular humano posee aproximadamente unos 46 metros de longitud (un metro por cada cromosoma) y unos 3.000 millones de eslabones que se repiten en todas las células de un mismo individuo. Margulis y Sagan (en su libro *Microcosmos*) consignan que si pusiéramos en contigüidad todas las cadenas de ADN de las células de un solo ser humano, obtendríamos un largo filamento que podría cubrir la distancia que separa a la Tierra de la Luna más de un millón de veces. Mat Ridley (en *Genoma*) parte de comparar cada eslabón con una palabra y aclara que la lectura completa del genoma de una sola célula, si se realizara de forma ininterrumpida durante ocho horas por día, demandaría un siglo.

Entre las sustancias orgánicas que se encuentran en un ser vivo, todas ellas compuestas de carbono, se distinguen fundamentalmente tres: los hidratos de carbono (sacáridos), que proporcionan rápidamente la energía para el funcionamiento de los órganos; las grasas (lípidos), que permiten acumular energía de reserva de la manera más eficaz; y las proteínas (prótidos), que constituyen el “cuerpo funcionante” (el soma) del organismo entero. En otras palabras (e incurriendo tal vez en una simplificación excesiva), los sacáridos y los lípidos “son las baterías”, mientras que los prótidos integran el “dispositivo”, la “maquinaria”, que configura

al organismo mismo. De modo que las distintas “recetas” para producir proteínas específicas y el código genético a partir del cual se construye un determinado individuo son dos modos de referirse a una misma cosa.

Cuando los seres vivos se reproducen sexualmente, es decir, mediante la unión de dos células (una masculina y otra femenina, que se denominan gametos), las células hijas, que constituirán el nuevo organismo, contendrán dos juegos de genes semejantes, dado que cada progenitor aporta su propio conjunto. La primera célula que constituye el huevo (cigoto) como producto de la fecundación de los gametos se reproducirá luego de manera asexual, mediante un proceso (mitosis) en el cual se divide engendrando dos hijas. Durante la mitosis, la cromatina del núcleo se divide en cromosomas, que son pequeños bastones de cromatina enrollada que contiene distintos trozos de la cadena de ADN. Cada uno de esos trozos, en lugares (*loci*) que siempre son los mismos, contiene un cierto número de genes. En la mitosis (que se sustancia en unos treinta minutos), cada uno de los pares cromosómicos (que como producto de la conjugación de los gametos están formados por dos cromosomas, uno paterno y otro materno denominados homólogos) se duplica, dado que las células hijas deberán contener una “copia” completa del ADN de la progenitora. Esa duplicación no ocurre si la división celular engendra un gameto (caso particular en que no se denomina mitosis, sino meiosis) que debe contener la mitad de los cromosomas, para que cuando ocurra la conjugación se restablezca el número característico. Lo que sí tiene lugar durante la meiosis es un proceso denominado recombinación de genes, de modo que cada gameto, que llevará una sola serie, contendrá genes de ambos progenitores. La cantidad de cromosomas es siempre igual en cada especie, y en el ser humano hay 23 en los gametos (que por este motivo se denominan haploides) y 46 (23 pares) en las otras células del organismo (diploides).

Volvamos sobre el hecho de que las células diploides tienen dos juegos completos de genes, uno que proviene del progenitor masculino, y el otro, del femenino. Cada uno de los genes presentes en un lugar (*locus*) de un cromosoma se llama alelo, con respecto al gen que ocupa el mismo lugar en el cromosoma homólogo. Cada uno de los genes que integran un par de alelos puede codificar efectos que no serán del todo idénticos a los que codifica su compañero, y no lo serán seguramente si ha sido modificado por una mutación. Cuando los genes, para expresarse, necesitan coincidir

con su alelo, decimos que funcionan de manera recesiva, y cuando no necesitan esa condición se los llama dominantes.

Acerca de cómo funciona el genoma

La genética actual, que suscita el interés de muchos científicos, no solo ha generado una multitud de investigaciones y publicaciones valiosas, sino que también las ha producido con un ritmo vertiginoso que dio lugar a interpretaciones contradictorias y a nuevas incógnitas. Cuando se llegó a determinar que el código genético del *Caenorhabditis elegans* (un gusano que posee la ventaja de estar conformado por 969 células, en lugar de los 50 billones que, según se estima, constituyen a un ser humano) estaba compuesto por 24.000 genes, el hecho de que en la constitución de nuestro organismo se integren unas 100.000 proteínas condujo a la expectativa de que en nuestras células también se encontrarían no menos de unos 100.000 genes. Pocos años antes de que se anunciara, en junio de 2000, que se había logrado por fin un borrador del “mapa” completo del genoma humano, ya la expectativa había disminuido la cantidad a unos 30.000.

El esclarecimiento del proceso mediante el cual se fabrica una proteína condujo a comprender que un mismo gen puede llegar a producir unas dos mil variaciones proteicas, ya que la proteína resultante se determina con la contribución de otros factores. También es necesario consignar que hay genes de muy diversos tamaños, que oscilan entre cien y dos millones de los eslabones constituidos por las bases nitrogenadas. La fabricación de una proteína puede ser el producto de la intervención de varios genes, cada uno de los cuales aporta, por ejemplo, la receta de un solo aminoácido. Los tramos del ADN que funcionan como codificantes se denominan exones, y los sectores inactivos, intrones. Cuando un gen se activa o se “enciende”, suele decirse que “se expresa”. Si bien es cierto que hay genes (llamados *housekeepers*) con exones que se expresan en todas las células, hay algunos que se expresan en unas pero no en otras, y también sucede que los de una misma célula suelen expresarse en distintos momentos. La mayor incógnita reside, sin embargo, en que, por lo que hasta hoy se sabe, sólo parece expresarse el 1,5% del material genético. Esto es sólo unos 30 millones de pares de bases, entre los 3.000 millones o 4.000 millones que la cadena de ADN contiene. El hecho de que un conjunto de biólogos piense que se trata de la persistencia de un material genético que

ha caído en desuso condujo a que se los suele denominar con la expresión “genes chatarra”.

Recordemos que la cadena de ADN está formada por dos “hebras” que se “trenzan” entre sí en una trayectoria helicoidal, para formar la estructura denominada “doble hélice”, que semeja una escalera caracol. Una de esas hebras es la codificante, y la otra (su imagen especular no codificante), que se llama complementaria, se separa y deja descubierta la porción de la primera que debe ser copiada. La replicación se realizará sobre un trozo de otra cadena distinta, esta última de ácido ribonucleico (ARN), que también está contenida en el núcleo celular. Las cuatro bases nitrogenadas que conforman el código genético contenido en el ADN están unidas en dos pares, uno constituido por la adenina y la timina (AT), y el otro, por la citosina y la guanina (CG). La secuencia de tres de esas bases conforma la unidad de significación (denominada codón), que es el código para la construcción de un aminoácido, y la cuarta base funciona como un separador, como un signo de puntuación. En la cadena de ARN, sobre la cual ocurrirá la copia, el lugar de la timina es usado por una base diferente, el uracilo. Todavía no se sabe por qué. Cuando una porción de ARN se ha conformado como “copia” (en virtud del código transcrito desde una determinada sección del ADN), “viaja” y atraviesa la membrana del núcleo celular transportando el código hacia el citoplasma. Por cumplir esa función, se lo llama ahora ARN mensajero (ARNm). Así como el ADN está constituido por una cadena codificante y una complementaria, frente al ARN mensajero constituido por codones, se dispone otra secuencia de ARN, llamado de transferencia (ARNt), estructurado por anticodones, que son las imágenes invertidas, “especulares”, de los codones del ARNm. Allí, en el citoplasma, será “leído” (durante el proceso que se denomina traducción) por una estructura que habita ese lugar, el ribosoma. De este modo, cada uno de los anticodones dará lugar a un aminoácido, pero además, en ese proceso se construirán, con los aminoácidos que se unen entre sí para formar moléculas mayores, las distintas proteínas específicas.

CAPÍTULO III

LOS DESCUBRIMIENTOS QUE FUNDAMENTAN LA ONCOLOGÍA ACTUAL

¿Qué es y cómo se produce un cáncer?

En una primera aproximación, podemos decir que un cáncer está constituido por un conjunto de células que dejan de obedecer a las restricciones impuestas por el organismo pluricelular del cual forman parte y se multiplican de manera incontrolada y en lugares en los que no deberían hacerlo. Para adquirir esa independencia, las células cancerosas deben sobrepasar las barreras internas y externas que procuran evitar esa conducta “egoísta” antes de que pueda comprometerse la supervivencia del organismo completo. En general, el cáncer comienza con el “cambio” –que se denomina mutación– de una sola célula, y luego se desarrolla en múltiples etapas adquiriendo más mutaciones, que son heredadas por la progenie de esa célula cuando se divide para constituir su descendencia. Esta no es, sin embargo, la única manera en que una célula que será cancerosa adquiere la activación (o la inactivación) de un gen o de una proteína clave que transmitirá a sus generaciones sucesivas. El mismo resultado “mutacional” puede surgir de factores llamados epigenéticos, porque alteran “desde afuera” el funcionamiento del ADN contenido en los núcleos celulares, sin alterar el código genético que constituye el genoma. El cáncer puede ser el “punto final” de dos rutas distintas, la mutación como un evento interno, o la epimutación condicionada desde afuera.

La proliferación cancerosa, entonces, de acuerdo con lo que sostiene la oncología actual, es iniciada por una sola célula que, sorteando todas las barreras, adquiere una expresión (o una actividad) aberrante de la clave contenida en los genes y las proteínas. Si aceptamos esto, debemos aceptar que es la única enfermedad que, iniciada en una sola célula (entre los 50 billones de células que componen un ser humano), puede alcanzar una magnitud devastadora.

Es comprensible que las células con mayor disposición para originar un cáncer no sean, por ejemplo, las que constituyen el sistema nervioso de un adulto, que se reproducen escasamente, sino por el contrario, las células que más se replican, ya que la mutación inicial se transmite cuando se multiplica la célula en la cual ha ocurrido. Muchas células adultas sobreviven un promedio de 4 a 6 semanas y deben ser sustituidas, de modo que miles de millones de células mueren cada día y son reemplazadas por la replicación de las existentes o por la de células madres precursoras (se calcula que normalmente se inician por segundo unos 25 millones de divisiones celulares). Si tenemos en cuenta que cada célula sufre el impacto diario de un daño sustancial sobre su ADN, y que son miles de millones las que se replican diariamente en cada ser humano, nos encontramos con que la posibilidad de una mutación cancerígena es enorme, y esto no coincide con el hecho de que sólo una de cada tres personas se enferme de cáncer y de que éste sea más frecuente luego de los sesenta o setenta años de vida. La aparente contradicción se explica por la extraordinaria eficacia de las barreras que evitan el desarrollo de las células cancerosas, barreras que sólo en “raras” ocasiones serán superadas.

Una gran cantidad de datos sostiene la conclusión de que el cáncer es el producto de una alteración que progresa acumulando varios cambios (o lesiones) genéticas que comprometen el control de la proliferación celular, su supervivencia, su diferenciación, su migración hacia otras localizaciones y sus interacciones “sociales” con las células vecinas y con el estroma que constituye el sostén estructural de los órganos. Hanahan y Weinberg, en una revisión realizada en el 2000 (*The Hallmarks of Cancer*, Cells, 100), establecen las seis condiciones que consideran necesarias para producir una proliferación cancerosa:

1) *Autonomía con respecto a las señales que desencadenan el crecimiento.* Las células normales se reproducen como respuesta a señales que reciben de las células vecinas, las células cancerosas abandonan esa de-

pendencia. Las mutaciones adquiridas las conducen a “desconocer” esos patrones normales del crecimiento y a una multiplicación anómala.

2) *Evasión de las señales que inhiben el crecimiento*. Las células normales responden a las señales inhibitoras que mantienen la regulación del crecimiento. Muchas células del organismo permanecen sin dividirse. Las células cancerosas no responden a esas señales. Las mutaciones adquiridas interfieren en los patrones de inhibición.

3) *Evasión de la apoptosis*. La apoptosis es una muerte celular programada desde dentro y fuera de la célula, que a menudo se desencadena como consecuencia de que su ADN ha sido dañado y no se ha podido reparar. Las células cancerosas evaden las señales que deberían conducir las a la apoptosis.

4) *Potencial replicativo ilimitado*. Las células normales poseen un dispositivo “contador” autónomo que define un número finito de duplicaciones celulares, el cual, una vez alcanzado, las conduce a la senectud. Ese dispositivo acorta, en cada replicación del ADN, la partes terminales de la cadena cromosómica, denominadas telómeros. Las células cancerosas mantienen la longitud de sus telómeros, lo cual conduce a un potencial replicativo ilimitado.

5) *Formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis)*. Las células normales dependen de una arquitectura vascular que le suministra oxígeno y nutrientes, y que en el adulto mantiene una cierta constancia. Las células cancerosas inducen el crecimiento de nuevos vasos, necesarios para la supervivencia y la expansión de la neoplasia. La alteración del balance entre los inductores y los inhibidores angiogénicos “activa” lo que ha sido denominado “interruptor” angiogénico.

6) *Invasión y metástasis*. Las células normales mantienen su localización en el cuerpo y, en general, no emigran. La migración de las células cancerosas hacia otras partes del cuerpo es lo que causa el mayor número de muertes por cáncer. Las mutaciones alteran la actividad de las enzimas involucradas en la invasión y también las moléculas que influyen en la adhesión celular-extracelular y hacia las otras células. Cuando las células cancerosas se cultivan en un laboratorio, evidencian algunas características típicas. Carecen de la inhibición por contacto con las otras células, y se amontonan, en lugar de crecer en una sola capa, como lo hacen las células normales. Crecen aunque el suero nutritivo sea escaso. Adoptan una forma redondeada, en vez de la estructura plana y extendida que se observa en las células normales como producto de una actitud de “buena

vecindad”. Y exhiben una independencia de “anclaje”, porque crecen sin adherirse a un sustrato como, por ejemplo, la superficie de la cápsula en la cual se cultivan.

Los distintos modos en que los cánceres proceden

Aunque el cáncer comience en una sola célula, será detectable, por observación directa o por métodos convencionales, como la exploración radiográfica, cuando alcance el volumen de un pequeño nódulo, lo cual implica que ya contendrá unos mil millones de células que no siguen el plan del organismo, como producto de unas treinta replicaciones de la primera que originó esa progenie. Cada una de esas células, que han “perdido” o “abandonado” los procesos normales de reparación del ADN dañado, puede albergar nuevas epimutaciones, generando una progenie distinta que puede llegar a reemplazar la primitiva.

Hay cánceres que se presentan como el abultamiento que la medicina denomina tumor, y otros, como es el caso de la leucemia, que no adquieren esa característica, pero es claro que no todo crecimiento anómalo constituye un cáncer. Si la expansión en el número de células permanece localmente confinada, constituye una formación que se considera benigna y que suele denominarse hiperplasia. Si, en cambio, invade los tejidos vecinos o se disemina generando nuevos “brotes” de la enfermedad (las llamadas metástasis), constituye la formación maligna que se designa con los términos cáncer o *neoplasia*, subrayando con este último vocablo el hecho de que las células que originan cánceres son *nuevas* y jóvenes. Otro modo de referirse a ellas es decir que se trata de células indiferenciadas o “inmaduras”, dado que las células que se han especializado para cumplir las distintas funciones orgánicas carecen de la capacidad proliferativa que se observa en los cánceres.

Las razones por las cuales un cáncer constituye una amenaza para la supervivencia del organismo en el cual se produce son varias. Su invasión de un órgano puede obstruirlo físicamente o comprometer de manera grave su función, pero también suele competir intensamente por la utilización del oxígeno y los nutrientes que los tejidos saludables necesitan.

Más allá de la cualidad de benigno o maligno que se establece a partir de las características de las células que conforman el “tejido” que constituye el crecimiento anómalo (su histología), existe una malignidad

que no depende de esas cualidades. Un tumor histológicamente maligno, pero reciente, aislado y pequeño, puede ser extirpado sin mayores inconvenientes, y un antiguo cáncer de próstata puede ser un hallazgo casual en la autopsia de un paciente que ha muerto por otra enfermedad. Pero un tumor benigno del sistema nervioso, ubicado en el encéfalo, por ejemplo, puede llegar a ser maligno cuando su localización condiciona que la cirugía lesione inevitablemente las estructuras vecinas, al mismo tiempo que su crecimiento provoca graves daños por el aumento de la presión endocraneana. Los tumores “benignos” de las glándulas, que se denominan adenomas, dejan de ser tan benignos cuando alteran las secreciones hormonales produciendo síntomas de diversa gravedad, pero además, pueden avanzar hacia la malignidad histológica convirtiéndose en adenocarcinomas.

Se han descrito más de doscientos cánceres tan distintos entre sí como para que se haya llegado a pensar que se trata, en realidad, de un grupo de enfermedades que sólo comparten las características que definen a la proliferación cancerosa: un crecimiento celular descontrolado, la invasión de los sitios vecinos y la propagación a distancia de su lugar primitivo. Se los clasifica a partir del tejido que los origina. Se distingue de este modo entre:

1) Los carcinomas, que se originan en las células que pertenecen a los denominados epitelios que revisten la piel o recubren los órganos internos, y constituyen el 80% de los cánceres que se diagnostican cada año.

2) Los sarcomas, que se originan en los huesos, en los cartílagos, en el tejido graso, en los vasos sanguíneos o en otros tejidos conectivos que configuran el estroma, que es la trama estructural que sirve de sostén a los órganos.

3) La leucemia, que se origina en las células que producen los leucocitos que circulan con la sangre.

4) Los linfomas, que se originan en las células del sistema inmunitario.

También se establecen otras distinciones, como por ejemplo, la del carcinoma *in situ*, que se usa para designar las formaciones malignas que no invaden los órganos vecinos ni se diseminan generando metástasis.

Es necesario tener en cuenta que, si bien es indudablemente más fácil conocer el comportamiento de un cáncer una vez que se ha manifestado a través de una sintomatología típica, la terapéutica sólo obtiene sus mejores logros cuando se utiliza en los estadios muy precoces. Pelengarís y Khan (*The Molecular Biology of Cancer*, Blackwell Publishing, Oxford,

2006) expresan esto muy bien diciendo que un cáncer es un cáncer antes de que se declare a sí mismo como tal comportándose como se comporta un cáncer. De modo que la oncología actual deposita grandes esperanzas en los avances de la biología molecular y en la “vigilancia” de algunas lesiones, como los pólipos intestinales o las lesiones del cuello uterino, que se denominan premalignas por la frecuencia con que se trasforman en cánceres.

El tema genera profundas reflexiones, porque también es cierto que las autopsias de personas que han muerto a una edad avanzada como producto de otras afecciones muestran que alojaban desde antiguo pequeños cánceres *in situ* (por ejemplo, en la próstata) que, a pesar de ser malignos desde el punto de vista de la histología, nunca llegaron a desarrollarse con la conducta típica de un cáncer invasor. La verdadera significancia de este hecho se pone de manifiesto cuando nos enteramos de que la frecuencia de estos cánceres “detenidos” es de 100 a 1.000 veces mayor que la de aquellos otros que, desde una alteración celular, en apariencia idéntica, progresaron hasta ser clínicamente evidentes. En otras palabras, y por ejemplo, mientras que muchas autopsias de individuos que murieron a una edad avanzada han mostrado carcinomas de tiroides *in situ*, sólo el 0,1% de los individuos de la misma edad padecieron la enfermedad clínicamente detectable que denominamos “cáncer tiroideo”. Por un lado, nos encontramos con la incertidumbre de los pronósticos que se basan únicamente en el estudio histológico de la desviación neoplásica, y por otro, con la necesidad de establecer una indicación precisa para los procedimientos diagnósticos que la tecnología actual considera “invasivos”, y para los recursos terapéuticos que se acompañan muchas veces, inevitablemente, de graves daños que sólo se justifican frente a la extrema malignidad de un cáncer. Surge entonces la importancia de las investigaciones en la biología molecular que pueden servir de ayuda para identificar el “carácter” particular de una neoplasia y, hasta un cierto punto, pronosticar el “comportamiento” de un cáncer incipiente, explorando, con técnicas que no impliquen riesgos ni comprometan el bienestar del enfermo, distintos “biomarcadores” en una pequeña muestra de su sangre.

La influencia de los genes mutados en la carcinogénesis

Una gran cantidad de observaciones coincide en afirmar que el ADN de las células tumorales contiene una amplia gama de alteraciones que

van desde una leve mutación en un punto de la cadena, que afectan, por ejemplo, un solo par, hasta aberraciones extensas como la destrucción o el cambio (traslocación) en la localización de cromosomas. Es necesario destacar que los acontecimientos que subyacen a la carcinogénesis consisten en una serie de mutaciones celulares que se acumulan unas sobre otras en un proceso multiescalonado que demanda un tiempo. Es significativo el hecho de que para constituir una formación maligna se requiere la superposición de unas ocho a doce mutaciones. Las posibilidades de una única mutación entre los miles de millones de células del intestino durante la vida de un sujeto de setenta años, por ejemplo, son realmente sustanciales, pero si consideramos el encadenamiento de dos mutaciones en una sola célula, las probabilidades decrecen drásticamente, y en el caso de ocho son realmente pequeñas. Puede pensarse que sólo entre el 5 y el 10% de las mutaciones observadas están involucradas en la formación de un crecimiento maligno. Es obvio que la exposición del ADN a mutaciones acumuladas que pueden conducir a un cáncer aumenta con el transcurso del tiempo, por eso ha llegado a decirse que el cáncer aumentó en nuestra época porque vivimos más años, y también que si viviéramos lo suficiente, todos llegaríamos, al fin, a desarrollar una enfermedad cancerosa.

Los seres humanos, como otros organismos vivos, estamos constituidos por dos tipos de células: las células germinales, a partir de las cuales engendramos nuestra descendencia, y las células somáticas, que conforman todo el resto de nuestro cuerpo.

Casi todas las mutaciones identificadas en las células tumorales son mutaciones en el ADN de una célula somática, de modo que estas mutaciones no se transmiten a los hijos, no pueden ser heredadas. Sólo las alteraciones en el ADN del esperma o de los óvulos, que afectan a los gametos, pueden manifestarse en la descendencia de un organismo pluricelular. Puede decirse entonces que el cáncer, en la inmensa mayoría de los casos, es una enfermedad genética, pero no hereditaria, ya que “se transmite” únicamente en lo que se refiere a las células. Cualquier alteración en el ADN que no sea reparada antes de la próxima división celular será “perpetuada” mediante su transmisión a las células hijas. Dado que el crecimiento maligno sólo ocurre mediante la acumulación de cambios celulares que confieren a las células cancerosas una ventaja de supervivencia (en términos darwinianos) frente a sus vecinas, actualmente se admite que algunas mutaciones en las células germinales pueden consti-

tuir un tipo de “predisposición genética” que, a lo sumo, “incrementará el riesgo” de desarrollar un cáncer, pero que es difícil pensar que podrá determinar por sí sola, sin la acumulación de mutaciones posteriores, la producción de esa enfermedad.

Las mutaciones (sean genéticas o epigenéticas) que participan en la producción de cánceres ocurren en tres tipos de genes: los generadores de tumores (oncogenes), los supresores de tumores, y los cuidadores (*caretakers*). Cuando un gen regulador del crecimiento sufre una mutación que lo conduce a estimular el crecimiento de manera inapropiada, se convierte en lo que se denomina un oncogén. Aunque su nombre lo califica como productor de un tumor, hoy se acepta que el desarrollo de un cáncer depende siempre de la acumulación de factores entre los cuales el oncogén es nada más que uno de ellos. Se habla por eso de “cooperación oncogénica”. Se han identificado unos 60 oncogenes. El primer oncogén fue descubierto en 1911 como resultado de la acción de un virus que a partir de su propia cadena de ácido ribonucleico modifica (mediante una transcripción en sentido inverso que lo califica como “retrovirus”) un regulador de crecimiento (un “protoncogén” contenido en el ADN del núcleo celular), transformándolo en un oncogén. Los genes supresores son también reguladores que funcionan inhibiendo el desarrollo anormal. Las mutaciones que alteran su funcionamiento los convierten en uno de los factores que intervienen en la carcinogénesis. Mientras que los oncogenes actúan de manera dominante, ya que un solo alelo es suficiente para producir su efecto, la mutación de los supresores se manifiesta predominantemente como recesiva, porque (dado que también en este caso lo común es que uno solo pueda cumplir su función) debe alcanzar a ambos alelos para ser efectiva, razón por la cual sólo se manifiesta cuando a un primer alelo heredado modificado se le suma la alteración del segundo. La mutación en los genes “cuidadores”, que son los que tienen a su cargo la reparación del ADN dañado, es otra de las alteraciones genéticas que intervienen en la producción de un cáncer. Las células germinales pueden sufrir mutaciones (no es probable que sufran epimutaciones) que tendrán como consecuencia una predisposición hereditaria hacia el desarrollo de un cáncer, pero lo más común es que la proliferación cancerosa surja en una progenie de células somáticas como resultado de una combinación de epimutaciones que, en general, afecta a las tres clases de genes (oncogenes, supresores y cuidadores).

La primera epimutación de una célula somática suele modificar un protooncogen y dar lugar a un oncogen, alterar a un gen supresor cancelando su función inhibidora, o inactivar a los genes “cuidadores”. Aunque su propagación hacia la descendencia de esa célula puede ser considerada como la lesión inicial, la proliferación cancerosa requiere, como dijimos antes, la acumulación de varias mutaciones. Los cánceres que surgen como producto de una predisposición heredada, a partir de la modificación de un solo gen, son poco frecuentes y apenas alcanzan del 5 al 10% de todos los cánceres.

La siembra y el crecimiento de las células cancerosas en órganos distantes de la localización original es denominada metástasis y suele ser la causa de la muerte en el 90% de los pacientes con cáncer. En la década pasada, se ha aprendido mucho con respecto a la diseminación metastásica: su proliferación aparece ligada a la presencia o ausencia de proteínas asociadas a la reactivación de genes que pueden inhibir la formación de metástasis sin tener ninguna influencia sobre el tumor original, o que influyen en el grado de adherencia celular al estroma del tejido del cual proceden.

La evasión de la muerte programada

La muerte no se produce en todos los organismos biológicos de manera similar. Podría decirse que cuando los gametos se unen en la fecundación, no mueren, y ese es el sentido que suele darse a la afirmación de que el plasma germinal es inmortal. También puede decirse que en la reproducción asexual, en la cual una célula se divide en dos células hijas, no sólo se ha multiplicado, sino que además ha “rejuvenecido evadiendo la muerte natural”, y que morirá cuando ocurran alteraciones accidentales en el curso de los acontecimientos. En las células somáticas de un individuo pluricelular, que se reproducen asexualmente, cuando se produce un daño irreparable en la cadena de ADN se inicia un proceso de “muerte programada”, denominado apoptosis, que es distinto de la muerte que se produce, por ejemplo, por la carencia de nutrientes y que se denomina necrosis. La apoptosis puede ser inducida desde afuera de la célula o desde adentro de ella, como una especie de “suicidio” celular. Según sostiene Tom Kirkwood, codirector del Instituto para el Envejecimiento y la Salud de la Universidad de Newcastle (en Margulis, L. y Punset, E., *Mind, Life and Universe*), cada una de nuestras células recibe todos los

días unos diez mil impactos que dañan el ADN de su núcleo, y la mayoría de esos daños son revertidos por un sistema que los reconoce y trabaja en su reparación. Cuando esa reparación no se logra, se inicia la apoptosis. Otra forma de muerte programada, que se denomina *anoikis*, ocurre en las células que pierden su anclaje en la matriz extracelular, como puede observarse, por ejemplo, en las células epiteliales que revisten la mucosa del tubo digestivo y que sucumben en un proceso normal similar al de la descamación cutánea.

El número de células que constituyen los tejidos de un organismo pluricelular se mantiene constante gracias a la regulación del equilibrio entre el crecimiento que deriva de la división celular, la destrucción por apoptosis y la diferenciación en células maduras que ya no se dividen. Leonard Hayflick (citado por Kirkwood y por Pelengaris y Khan) sostiene que las células somáticas nacen programadas para cesar su multiplicación luego de unas cincuenta divisiones. Durante el crecimiento canceroso, el equilibrio que mencionamos se altera de dos maneras distintas. En los cánceres que se manifiestan como tumores, las células que los generan a partir de una alteración en su ADN evaden la apoptosis y la senectud. Cuando se independizan de su matriz extracelular, como se observa claramente en las metástasis, evitan la *anoikis*. En las leucemias, en cambio, puede comprobarse que las células que la constituyen se mantienen indiferenciadas y conservan de ese modo la capacidad reproductiva que continúan ejerciendo, independientemente de las necesidades del organismo del cual forman parte.

Las células que integran un tejido normal reciben e integran una variedad de señales positivas y negativas con respecto a la continuidad de su crecimiento. Tanto el predominio de las negativas como el cese de las señales inician una apoptosis que, por originarse dentro de la misma célula, suele interpretarse como una especie de “suicidio” celular. Se conocen actualmente dos modelos de apoptosis: uno es intrínseco, integrado por una variedad de señales que operan sobre las mitocondrias; y el otro, extrínseco, gatillado por la activación de receptores celulares de superficie. Numerosos estudios han señalado la importancia crucial que posee, para el desarrollo canceroso, el interjuego entre la célula cancerosa y su microentorno local y sistémico. A pesar de la existencia de células inmunitarias “antitumorales” específicas, muchos tumores parecen haber adquirido los medios para evitar el ataque inmunitario. Se establece de ese modo una especie de privilegio inmunitario que provee un refugio

seguro para las células cancerosas. Así como otras células se especializan en fabricar, por ejemplo, insulina o proteínas musculares, las células cancerosas que abandonan el plan del organismo al cual pertenecen se “especializan” en crecer. Como sucede con algunos virus frente a las vacunas, suelen generar “variaciones” de sí mismas, de modo que cuando el ataque inmunitario logra destruir a las células originales, ya se han generado otras que resisten ese ataque. Algunas presentan copias “extra” de trozos de ADN que constituyen genes y se comportan de modo diferente a las células normales frente a la quimioterapia, hasta el punto en que puede darse el caso de que esa forma de terapia agrave el crecimiento de algunos tumores, al destruir a las células normales sin afectar a las cancerosas.

CAPÍTULO IV

LA BIOSEMIÓTICA Y LOS NUEVOS PUNTOS DE VISTA DE LA BIOLOGÍA CELULAR

[...] el período más largo en la evolución de la biosfera, un lapso de 2.500 millones de años, a lo largo del cual nuestros antepasados, los microorganismos, establecieron la mayoría de las normas y regulaciones para la convivencia. Se trata de hábitos que los seres humanos deberíamos estudiar actualmente con atención para encontrar en ellos soluciones para nuestra propia supervivencia.

Lewis Thomas
(Prólogo al libro *Microcosmos*,
de Margulis y Sagan).

La unidad más pequeña de la vida

Comencemos por señalar que, del mismo modo en que decimos que la materia está constituida por átomos, podemos decir que, mientras que los denominados protozoarios están constituidos por una sola célula, una enorme variedad de los organismos vivos son (como los seres humanos) pluricelulares, y que, así como durante mucho tiempo se creyó que los átomos eran la unidad más pequeña de materia (*átomo* significa ‘indivisible’), también se pensó, hasta hace muy poco, que la célula era la estructura más simple de la vida. Sin embargo, hoy sabemos que la célula “típica”, formada por un núcleo dentro de un protoplasma rodeado por una membrana,

que llamamos eucariota porque tiene un núcleo (*cario*, en griego, significa ‘núcleo’), es el producto de la unión (simbiótica) de, por lo menos, dos o tres tipos de organismos primitivos (procariotas), y que dista mucho de ser un organismo simple.

Se calcula que nuestro planeta se formó hace unos 4.500 millones de años, y que la vida apareció en la Tierra hace aproximadamente 3.600 millones de años, en forma de organismos unicelulares que denominamos bacterias, y cuyo metabolismo, anaerobio, no se realiza en una atmósfera de oxígeno, sino de sulfuro de hidrógeno y metano. No debemos engañarnos, sin embargo, con respecto a la simplicidad de estos organismos primitivos; unicelular y anaerobio no significan “simple”.

Robert Sapolsky, profesor de Ciencias Biológicas y de Neurología en la *Stanford Medical School*, señala, por ejemplo (en *Mind, Life and Universe*, de Lynn Margulis y Eduardo Punset), que no debe ser casual que el virus de la rabia, cuando infecta al perro, lo conduzca a morder, ya que el virus se acumula en la saliva, desde donde se propaga cuando es inoculado mediante la mordedura. Abonando la idea de que no se trata de un fenómeno casual ni de un episodio aislado, cita también el caso de la toxoplasmosis, cuyo agente, el toxoplasma, tiene por objetivo trasladarse desde el lugar en que habita transitoriamente, dentro de la rata, hasta el estómago del gato. Es bien conocido que a las ratas les desagrada fuertemente el olor del gato y cuando lo huelen se alejan, pero, cuando el toxoplasma afecta su cerebro, súbitamente aman ese olor, abandonan su fobia y se aproximan a él. El resto de las funciones de la rata no son afectadas por el toxoplasma invasor, sólo “reajusta” el cerebro del roedor para facilitar que el gato se lo coma, ya que de ese modo el virus logrará su objetivo.

En ese mundo con una atmósfera donde abundan el sulfuro de hidrógeno y el metano (y en la cual el oxígeno generado por el proceso de fotosíntesis que realizan las cianobacterias se acumula peligrosamente como un tóxico), también habita una protobacteria que utiliza oxígeno, produciendo energía y desechando anhídrido carbónico.

Poco a poco se abrió camino la tesis sostenida por James Lovelock (el autor de *La hipótesis Gaia*) de que no es el oxígeno de la atmósfera lo que ha hecho posible la vida, sino que fue el desarrollo evolutivo de la vida lo que ha dotado a la atmósfera de su proporción de oxígeno. Importa subrayar ahora que las primitivas bacterias que poblaron la Tierra hace miles de millones de años son células sin núcleo, que se denominan por ese motivo procariotas. La distancia evolutiva que separa a una célula procariota

de una eucariota (dotada de núcleo) ha sido comparada con la que separa a un vegetal de un ser humano, y es el resultado de una evolución que demandó millones de años. La tesis, investigada por Lynn Margulis, de que la célula eucariota es el resultado de la unión simbiótica de bacterias procariotas es cada vez más avalada por un gran número de biólogos.

Entre los simbioses que se constituyen en el citoplasma de la célula “clásica” y que conforman las pequeñas estructuras que hemos aprendido a reconocer en nuestras clases de biología con el nombre de organelas, se distinguen especialmente tres: las cianobacterias, las protobacterias y las espiroquetas.

Las cianobacterias conforman los llamados cloroplastos en el citoplasma de las células eucariotas vegetales. Poseen clorofila y, gracias a ese pigmento de color verde que funciona como un agente catalítico, son los únicos seres vivos que durante el proceso denominado fotosíntesis (que libera oxígeno) pueden generar, a partir de sustancias inorgánicas y de la luz de sol, las sustancias orgánicas que conservan una parte de la energía solar (que llamamos calorías) y son el alimento obligado de los seres vivos que no poseen clorofila. Las protobacterias constituyen las mitocondrias en el citoplasma. Consumidoras de oxígeno, las mitocondrias son la “maquinaria” generadora de la energía que se consume en los distintos procesos celulares. Poseen un ADN propio, que difiere del que se encuentra en la cromatina del núcleo celular, lo cual en cierto modo coincide con la idea de que una vez fueron, como bacterias, un organismo individual. Las espiroquetas se convierten en las variadas estructuras que reciben en conjunto el nombre de cinetosoma o de undolipodios. Conforman estructuras como los “pelos móviles” que denominamos cilias, o los flagelos que hacen avanzar a una célula (como es el caso de la cola del espermatozoide), pero además forman (como parte de un citoesqueleto) los túbulos a través de los cuales viajan los cromosomas durante la mitosis. En 1989 se descubrió que también poseen un ADN propio. Todas esas estructuras pasan a la progenie de células hijas como una herencia citoplasmática.

La primera idea que surge frente a la tesis de que la célula “típica” es un organismo que, en cierto modo, puede considerarse “pluricelular”, es que está formado por unos pocos simbioses. Cobramos conciencia de que nuestra tendencia a simplificar las microestructuras retorna una y otra vez cuando nos enteramos de que en el citoplasma del óvulo humano se encuentran unas cien mil mitocondrias. Agreguemos por fin que –tal

como lo postula la biología en nuestros días, atenta al microcosmos— los seres vivos ya no se dividen en vegetales y animales, sino que se distinguen cinco “reinos”. Cuatro de esos reinos están constituidos por seres formados por células eucariotas y son los que corresponden a plantas, animales, hongos y proctistas (son proctistas todos los seres vivos con células eucariotas que no son animales, porque no se desarrollan a partir de blástulas; no son plantas, porque no se desarrollan a partir de un embrión; y no son hongos, puesto que los hongos nunca presentan undolipodios). El quinto reino está constituido por seres con células procariotas que se denominan móneras.

Tal como señalan Margulis y Sagan (*Microcosmos*), a medida que se progresa en la comprensión del papel que juegan los procariotas en el conjunto entero de la vida, surge cada vez con mayor claridad su importancia, no sólo porque precedieron en miles de millones de años a la aparición de las formas pluricelulares y han sobrevivido a lo largo de una línea ininterrumpida desde los comienzos de la vida, sino también porque su nivel actual de evolución, lejos de haberse detenido en algún peldaño, forma parte de nuestro entorno y de nuestro organismo.

De acuerdo con los autores que acabamos de citar, nuestro cuerpo se compone de 1.000 billones de células animales y 100.000 billones de células bacterianas, pero más allá de lo que este número signifique, quiere decir que no sólo necesitamos a las bacterias para digerir los alimentos en nuestro intestino, sino que además “las llevamos” dentro de nuestras propias células. También es necesario comprender que, tal como afirman Margulis y Sagan: “La visión de la evolución como una lucha crónica y encarnizada entre individuos y especies, distorsión popular de la idea darwiniana de la ‘supervivencia de los mejor dotados’, se desvanece con la nueva imagen de la cooperación continua, estrecha interacción y mutua dependencia entre formas de vida. La vida no ocupó la Tierra tras un combate, sino extendiendo una red de colaboración por su superficie”.

Así como suele diseñarse un complejo programa de computación, integrando subrutinas preformadas, las formas de vida se hicieron cada vez más complejas, integrándose unas con otras en lugar de destruirse. La idea de que el hombre es el rey de la creación, y que el resto de la naturaleza puede ser usufructuado en su servicio sin demasiados miramientos es una idea perimida que nos ha conducido a una crisis. El planeta, según sostiene Lovelock (*La hipótesis Gaia*), se comporta como una célula viva, y si el comportamiento del hombre altera su equilibrio saludable, es

posible que sus mecanismos defensivos tiendan a destruirnos. El tiempo de existencia de la vida humana corresponde al 1% del tiempo en que la vida existe en la Tierra y, mientras que la enorme mayoría de las especies que han existido se extinguieron, la “pátina” del planeta, conformada como un ejército de células cuya base es el microcosmos, ha continuado existiendo durante más de tres mil millones de años. Existen cerca de seis mil especies de mamíferos, pero unos treinta millones de especies de insectos. El ser humano no es el jefe que gobierna la biodiversidad del planeta. La vida en la Tierra, como sucede con todas las redes multifocales (Internet es un ejemplo), parece regularse a sí misma si se enfrenta con perturbaciones que alteran el equilibrio del conjunto entero, sin tener en cuenta los individuos y las especies que la componen.

Acerca de lo que denominamos individuo

Una vez establecido que un organismo pluricelular puede ser visto como un conglomerado de simbioses, surge la necesidad de comprender qué entendemos, en biología, por un organismo individual. La palabra “individuo” se refiere, por su origen etimológico, a lo que es indivisible, pero comprendemos en seguida que para completar su significado hace falta algo más, y es el hecho de que un individuo no puede ser dividido sin que pierda las cualidades que lo diferenciaban. Un litro de agua puede dividirse en dos mitades, pero si dividimos una molécula de agua tendremos dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno, sin embargo, esos átomos carecen de las características que son propias del agua. En el caso de los seres vivos, es posible sostener una definición equivalente.

En primera instancia, resulta claro que un ser humano es un individuo y que no podemos decir lo mismo de su corazón, como organismo biológico, ya que no lo concebimos como una estructura que puede sobrevivir separada del cuerpo que integra. La cuestión cambia cuando pensamos en la existencia individual de la hormiga y en la forma tan especial de su convivencia configurando el “sistema hormiguero”, cuyas características han llevado a que se lo defina como un superorganismo. También cambia en algunos organismos marinos que, dependiendo de la abundancia o escasez de alimento, pasan un período viviendo como células individuales aisladas, y otro, agrupados en una estructura pluricelular que funciona como un individuo. En casos como estos, en los cuales las células se reúnen, pero no forman distintos tejidos, ¿debemos considerar que se tra-

ta de una reunión de individuos o, por el contrario, que el conjunto es un organismo individual y que cada célula forma parte de él?

Se ha dicho, con cierta ironía, que una gallina es el procedimiento de un huevo para engendrar otro huevo. Dawkins, en su famoso libro *El gen egoísta*, retoma un pensamiento semejante cuando sostiene que un organismo multicelular es uno de los modos en que los genes satisfacen su tendencia a la propagación. De todos modos, la cuestión acerca de cuál es o dónde reside lo que debemos considerar la intención predominante de un organismo individual permanece abierta.

No cabe duda de que podemos intentar dirimir esta cuestión distinguiendo entre las agrupaciones celulares, aquellas en las cuales la simbiosis es irreversible de otras en las que los simbioses pueden recuperar su vida “individual”. De hecho, cuando un organismo multicelular muere, todas sus células corren el mismo destino, pero también es cierto que no todas mueren en un mismo tiempo. Algunas consideraciones que realizaremos más adelante acerca de la conciencia y acerca de la libertad que se pierde y que se adquiere en la cooperación plural nos llevarán a volver sobre este tema, pero reparemos por lo pronto en que el cáncer puede ser descrito como una agrupación de células rebeldes que han “recuperado su individualidad”. Una célula epitelial deberá aceptar el destino de morir en unos cuatro días como resultado de la normal descamación cutánea, pero si se convierte en un epiteloma maligno, vivirá la cantidad de meses que tarde en morir el organismo que lo alberga.

El nacimiento de una biosemiótica

Comencemos por señalar que semiótica es la disciplina que estudia a los signos, así como semiología es una parte de la ciencia médica que se ocupa de descubrir y estudiar los signos de las enfermedades. Es claro que estudiar los signos implica descubrir lo que significan, de modo que puede decirse que la semiótica, que comenzó como una rama de la lingüística, estudia la relación de los signos con los significados. Thomas Sebeok, estimulado por los escritos de Jakov von Uexküll —el gran biólogo alemán, autor de una obra monumental, *Ideas para una concepción biológica del mundo*— y por los de Gregory Bateson —cuyo libro *Pasos para una ecología de la mente* es acreedor de una importancia similar—, y apoyándose en la obra del filósofo americano Charles Peirce, extendió sus estudios de semiótica al mundo animal e inauguró una zoosemiótica,

que creció vertiginosamente hasta convertirse en una biosemiótica que involucra al mundo vivo en su totalidad. Al estudiar los fenómenos de intercambio de señales intercelulares en la inmunidad y en el cáncer, muy pronto se originó una endosemiótica.

Charles Peirce sostenía que, para que el signo realice eficazmente la función de comunicar su significado, es necesario siempre un *interpretante* que “capte” el significado a partir del signo. Esto que se conoce con el nombre “tríada de Peirce”, constituida por el signo, el significado y el interpretante, es condición necesaria para que la comunicación se realice, pero no es una cuestión menor el hecho de que el interpretante corresponde más al concepto de “alguien”, en primera persona, y que difícilmente puede ser forzado hasta quedar contenido en el concepto de “algo” (en tercera persona). Digámoslo de una buena vez, ya que el asunto no puede evitarse: “interpretante” significa inevitablemente alguna forma de conciencia, por más rudimentaria que esta sea, y también significa, de alguna manera, un tipo de “yo” que, además, debería percibirse a sí mismo.

La cuestión ha encendido una importante polémica entre los propios biosemióticos, cuyos pormenores pueden encontrarse en *Introduction to Biosemiotic. The New Biological Synthesis*, compilado por Marcello Barbieri. Mientras que Thomas Sebeock, el fundador de la disciplina, junto con Jesper Hoffmeyer, que creó la escuela de Dinamarca, y muchos otros aceptan la premisa de que la conciencia y la intencionalidad son inherentes a la vida en cualquiera de sus formas, otros integrantes de la misma disciplina (Marcello Barbieri, por ejemplo) establecen un umbral semiótico de acuerdo con el cual, en el pasaje de la unicelularidad a la pluricelularidad, aparece la conciencia y la intencionalidad “subjetiva”, y la interpretación de las señales se vuelve contexto dependiente. Para estos últimos, cuando el código contenido en el ADN celular, en lugar de ser sencillamente copiado, da lugar a la formación de una proteína, es porque un trozo de ADN opera como un signo con un significado específico, la proteína, gracias a que una máquina celular (que constituye una particular organela en el citoplasma) traduce el contenido del signo (la receta) en su significado (el producto). En términos más directos, decir que el ribosoma “traduce”, “interpreta” o “lee” es para estos autores una simple metáfora, similar a la que usamos cuando decimos que el linfocito “reconoce” al antígeno. Quienes disienten con esta teoría argumentan que la ubicación del umbral semiótico en el “pasaje” evolutivo de la unicelularidad a la pluricelularidad –sosteniendo que la interpretación se transforma repenti-

namente en “subjetiva” y en dependiente del contexto— es una afirmación arbitraria. También argumentan que el uso de términos que suponen una intencionalidad subjetiva, como “traduce”, “interpreta”, “lee”, “recuerda”, “reconoce”, “presenta” (un antígeno al anticuerpo) es tan general e inevitable como para permitir la sospecha de que es algo más que una “simple” metáfora. Mientras tanto (como puede constatarse, por ejemplo, en la obra de Margulis y Punset, *Mind, Life and Universe*), son cada vez más los biólogos que se refieren “naturalmente” a una conciencia celular.

Digamos por fin que, cuando integramos lo que hemos dicho acerca de la individualidad de los organismos biológicos, con la aceptación de que existen distintos “tipos” y distintos “estratos” de conciencia en los organismos complejos, llegamos a una conclusión que podríamos expresar, sucintamente, en estos términos: si los organismos complejos son el producto de la agrupación simbiótica de organismos más simples, y si cada uno de ellos se integra con su propia conciencia, la conciencia que habitualmente predomina en el organismo complejo no sólo es la que, en consecuencia, presenta un mayor grado de complejidad, sino que su predominio “habitual” es el resultado de la misma “decisión conjunta” que estableció la simbiosis. Pensarlo de este modo nos permite reconsiderar la intrigante cuestión de los llamados genes “chatarra” y de que sólo el 1,5% de material genético se exprese en la constitución de un nuevo organismo, y también de que encontremos aproximadamente la misma cantidad de genes en un gusano formado por menos de mil células y en el ser humano, integrado por 50 billones. ¿Por qué no pensar entonces que la dotación genética no es la de un particular individuo con el cual transitoriamente se expresa la vida, sino el genoma de la vida misma, de la vida “toda”, de la “trama” que, más allá de una determinada expresión momentánea, conserva la posibilidad de seguir expresándose en diferentes formas de organización biológica?

CAPÍTULO V

ALGUNAS RESPUESTAS Y ALGUNAS REFLEXIONES

La predisposición hereditaria

Luego del breve recorrido por los conocimientos que la oncología actual ha logrado acumular, estamos en condiciones de responder algunas de las cuestiones que reunimos en el primer capítulo y que suelen surgir en el encuentro del ser humano con la enfermedad que denominamos “cáncer”. Antes de afrontar la más dramática, “¿por qué a mí, por qué ahora?”, deberemos exponer todavía otros desarrollos, pero podemos ocuparnos ahora de algunas respuestas y reflexiones que nos introducirán en esos desarrollos.

Hemos visto que el cáncer, en la inmensa mayoría de los casos, es una enfermedad hereditaria sólo en lo que se refiere a las células somáticas. Las alteraciones genéticas que se observan en las células cancerosas no alteran a los gametos que generarán la descendencia del organismo pluricelular. En otras palabras, una célula cancerosa transmitirá su condición a su progenie celular, pero un paciente que ha desarrollado un cáncer no transmitirá, a través de sus gametos, su enfermedad a sus hijos. Sólo una mínima proporción entre los cánceres, del 5 al 10%, se demuestran ligados a una predisposición genética que se transmite a los hijos a través de los gametos. Cabe aclarar además que hay una enorme distancia entre una predisposición a una determinada enfermedad y el hecho de que esa enfermedad se desarrolle. Para decirlo en palabras más simples, que un automóvil tenga la llave de contacto puesta no determina que el motor

arranque a menos que alguien se ocupe de hacerla girar en la dirección que corresponde. Dejaremos sin embargo abierta la cuestión de si puede influir en el desarrollo del cáncer ese aspecto de la personalidad que denominamos carácter, y más allá de que pueda decirse que el carácter (también como predisposición) se hereda, no cabe duda de que en el seno de una familia con un estilo de vida, el carácter se “contagia” más allá de la herencia biológica.

Los factores de riesgo

La medicina ha insistido mucho en los últimos años sobre los factores de riesgo, y también es cierto que, cada vez con mayor énfasis, apoya predominantemente sus argumentos en las valoraciones estadísticas, satisfaciendo de este modo lo que suele denominarse un requisito de objetividad. Se han encontrado sustancias carcinogénicas en el contacto de piel, en los alimentos que ingerimos o en el aire que respiramos, con particular insistencia en el humo del tabaco. De hecho, podemos leer en los paquetes de cigarrillos o en las latas de tabaco que el fumar *produce* cáncer. La estadística demuestra que los cánceres de pulmón son más frecuentes entre las personas que fuman y menos frecuentes entre los que no tienen ese hábito.

Hemos visto que una mutación celular puede comenzar desde adentro de la célula como una mutación genética o desencadenarse desde “afuera”, epigenéticamente. Desde 1911 se sabe que puede producirse por una infección viral, y también, como ha sucedido con algunos radiólogos de la primera época, por la exposición prolongada a los rayos X o por la irritación de la piel, como es el caso de los cánceres de los deshollinadores o por la exposición duradera al espectro ultravioleta de la luz solar. Hemos dicho que una mutación celular puede desencadenarse desde “afuera”, pero recordemos que para que un cáncer se desarrolle es necesario que se acumulen de manera escalonada no menos de ocho a doce mutaciones. En otras palabras, la observación confirma, por ejemplo en el caso de los radiólogos, lo que la biología molecular establece: que para que la influencia epigenética se manifieste en un cáncer, la exposición debe ser suficientemente intensa y prolongada en el tiempo.

Lo más importante, sin embargo, reside en el hecho de que, tal como ocurre con la predisposición hereditaria, la influencia epigenética de los carcinógenos “externos” (y a pesar de que la repetición duradera debe ser

tenida en cuenta) sólo constituye un factor entre otros y, por lo tanto, no puede decirse en rigor de verdad que sea “la causa” que produce el cáncer. Fumar, por ejemplo, podrá predisponer a un cáncer de pulmón, pero no es condición necesaria (ya que hay pacientes que enferman de cáncer de pulmón sin haber nunca fumado) ni suficiente (dado que hay personas que fuman y no desarrollan un cáncer pulmonar). Ignoramos todavía cuántos son los factores que influyen en la producción de un cáncer, y es evidente que, cuantos más intervengan, la influencia de cada uno es menor. Lo mismo puede decirse de otros elementos “predisponentes” que, basándose en la observación, se han mencionado, tales como: el agotamiento y la depresión, los disgustos, el estrés y atravesar un duelo.

Es imprescindible que agreguemos aquí algunas consideraciones con respecto al saber estadístico. Cuando comprendemos cómo actúa una causa para producir un efecto, sabemos mucho más que cuando sólo podemos establecer un pronóstico basado en una afirmación estadística. Si sabemos que de diez soldados que pidieron un franco sólo uno, el 10%, lo obtuvo, sabemos algo; pero si sabemos que los nueve que no lo obtuvieron se lo pidieron al sargento, y el que lo obtuvo se lo pidió al teniente, sabemos mucho más. Debemos añadir otro punto: que dos cosas se presenten juntas con mucha frecuencia, aun en el caso de que una preceda a la otra, no basta para afirmar que se trata de una causa y de su efecto, porque ambas, como es el caso del rayo y el trueno, pueden ser derivadas de un tercer hecho que muchas veces se ignora. Por último, aunque no menos importante, debemos aceptar una verdad incontrovertible que cuesta mucho admitir: la estadística nos dice que de cada 2.000 casos que se operan por una catarata ocular, una se infecta, pero no nos dice cuál. Tal vez podamos decir *a posteriori* que fue un caso en el que no se cumplió bien con la asepsia, pero ese criterio ya no es estadístico. En otras palabras, las probabilidades son “porcentajes”, y la estadística nada puede decirnos acerca de lo que sucederá con un caso en particular.

La estrategia terapéutica

Los recursos terapéuticos del oncólogo frente al crecimiento de una proliferación cancerosa pueden dividirse, esquemáticamente, en dos grupos. Existen, por un lado, las terapéuticas que suelen llamarse biológicas, nacidas del conocimiento, cada vez mayor, que la biología molecular acumula acerca de las alteraciones involucradas en el desarrollo de un

cáncer. La investigación científica actual deposita grandes esperanzas en el descubrimiento, en un futuro no muy lejano, de drogas o vacunas que restituyan al sistema inmunitario la capacidad de atacar a las células cancerosas. De hecho, ya se utilizan algunas (como, por ejemplo, el interferón), pero el terreno de la citología y de la genética molecular es lo suficientemente complejo, y progresa a un ritmo tan vertiginoso, como para que en la práctica clínica de la oncología sea inevitable decidir la estrategia terapéutica evaluando, en cada paciente, la respuesta clínica a la administración de la droga. Debemos incluir en este grupo de los recursos biológicos el caso de los tumores hormonodependientes, como por ejemplo, los cánceres de mama y de próstata, en los cuales puede darse que una terapia dirigida a bloquear el efecto hormonal sobre el crecimiento neoplásico logre disminuir la malignidad del tumor.

En el otro grupo, tenemos a los “grandes” recursos, cotidianamente utilizados, de la oncología actual: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Grandes, decimos, porque son el mayor recurso terapéutico actual que la oncología posee. Si bien sigue siendo cierto que todavía el 75% de los enfermos de cáncer muere como consecuencia de esa enfermedad, la terapéutica oncológica contribuye a que el otro 25% se cure.

El éxito de la cirugía depende de que el cáncer que debe researse (ya sea para extirparlo o, cuando esto no sea posible, para reducir su volumen) no se haya infiltrado en las estructuras vecinas (entre ellas, muchas que no podrán extirparse sin comprometer la supervivencia del paciente) o no se haya propagado a distancia de la lesión original. Que ambas cosas sucedan tiene que ver con el “genio” del tumor, y esto no siempre puede preverse en función del estudio histológico. No cabe duda de que la cirugía será más efectiva y menos mutiladora cuanto más pequeño y circunscripto esté el tumor que se debe resear, lo cual implica la necesidad de un diagnóstico precoz. El diagnóstico precoz suele traducirse en la necesidad de exámenes periódicos, y esos exámenes, junto con algunas medidas que tienden a evitar la exposición prolongada a las distintas sustancias “carcinogénicas”, constituyen lo esencial de lo que la medicina recomienda como profilaxis del cáncer. Se impone reproducir en este punto las reflexiones que realizamos en el capítulo tercero, nacidas del hecho de que no todos los cánceres, a partir de sus estadios incipientes y con cierta independencia de su estructura histológica, evolucionan de la misma manera. El diagnóstico precoz es, pues, un arma de doble filo. Puede habilitarnos para extirpar en forma exitosa un pequeño cáncer,

antes de que su crecimiento comprometa seriamente la vida o exija una cirugía mutiladora. Pero también puede conducirnos a una intervención quirúrgica innecesaria sobre un cáncer que espontáneamente se hubiera “detenido”. Recordemos que, según lo que hoy se estima, los cánceres de tiroides o de próstata que se hallan de forma casual en las autopsias son de 100 a 1.000 veces más frecuentes que los que, con una histología similar, evolucionan mal y conducen a la muerte.

La radioterapia y la quimioterapia, que frecuentemente se combinan con la cirugía para intentar reducir la masa tumoral antes o después de la intervención quirúrgica, derivan, ambas, de un principio análogo: atacar a las células cancerosas para reducir su número y evitar su reproducción. Pero también comparten el mismo inconveniente. Su eficacia depende de su capacidad para destruir a las células jóvenes con capacidad reproductiva, sean normales o patológicas, y de allí deriva el perjuicio que ocasionan, sólo justificable cuando el cáncer amenaza interrumpir la continuación de la vida. La pérdida del cabello por obra de la quimioterapia es uno de los fenómenos más evidentes, pero dista mucho de ser el único importante. Para peor, muchas veces las células cancerosas resisten mejor el ataque terapéutico que las células normales.

Es cierto que los grandes males demandan muchas veces “grandes” remedios que se cobran un alto precio, y mientras falte una mejor solución, es necesario aceptarlo, pero el carácter “militar” de la agresión terapéutica queda adecuadamente representado si pensamos en la alternativa que enfrentaríamos si un grupo terrorista muy peligroso que se propone destruir la ciudad se refugiara en un jardín de infantes, obligándonos a combatirlos sin poder separarlos de los niños que son sus rehenes. Los grandes progresos de la radioterapia derivan de la posibilidad de “enfocar” en el tumor la más alta concentración de rayos desde distintas orientaciones en el espacio, salvaguardando, de este modo, aunque hasta un cierto punto, las zonas adyacentes normales. Pero la dosis de rayos recibida perdurará toda la vida, y hay un “tope” que, una vez alcanzado, obliga a renunciar definitivamente a la radioterapia.

Los progresos en la quimioterapia provienen del descubrimiento constante de nuevas drogas que pueden reemplazar a las ya utilizadas, y es muy frecuente que su conveniencia terapéutica se establezca probando, en cada caso, cuál de ellas funciona mejor.

¿Es el cáncer una enfermedad celular?

Frente a la necesidad de interpretar lo que sucede cuando un paciente se enferma de cáncer, la medicina puede optar por recorrer dos caminos. Según uno de ellos, entre los millones de células que en cada día se dañan y se destruyen, una se transforma de una particular manera que no sólo la conduce a aislarse de las influencias “ordenadoras” de sus células vecinas, sino también a defenderse del ataque inmunitario destinado a destruirla, a liberarse de su adhesión al entorno del cual formaba parte y a generar nuevos vasos para abastecer su crecimiento veloz y anormal.

Siguiendo esta posición, la enfermedad reside por entero en el cáncer, pues el resto del organismo es “prácticamente” normal, y lo que sucede en la célula es el producto de una mutación azarosa. De este modo, el lugar en donde se produce el cáncer que “origina” la enfermedad es también azaroso, ya que es el lugar en donde reside la célula a la cual le “ha tocado en suerte” la transformación.

De acuerdo con el otro camino, el cáncer no es un intruso, un desarrollo monstruoso que se comporta como un parásito, es algo que pertenece al enfermo que lo ha “producido”. La posibilidad de evadir el ataque inmunitario y la muerte programada no es entonces un resultado que debemos atribuir únicamente a la capacidad del tumor, sino –y ante todo– un producto de la “complicidad” del organismo que lo alberga, lo cual conduce a considerar la enfermedad como la interrelación compleja del cáncer con el carácter canceroso del organismo que la padece. El hecho, nada infrecuente, de que una persona que se ha “curado” completamente luego de la extirpación de un tumor canceroso desarrolle años más tarde otro que no es metástasis ni recidiva del anterior parece apoyar esta línea de pensamiento. Es importante reparar en el hecho de que los tratamientos oncológicos se ocupan casi en forma exclusiva de “combatir” a la proliferación anómala, mientras que, en lo que respecta a la persona que padece un cáncer, casi toda la ayuda que se le puede brindar no pertenece a la terapéutica, sino a la profilaxis de la enfermedad.

Hemos retomado aquí las preguntas que mencionamos en el capítulo primero, pero nos falta todavía una última ¿Hay alguien ahí, en la célula donde se inicia el cáncer? Y si es así, ¿por qué se comporta de ese modo? Nos ocuparemos de ella y de la que forma parte del título de este libro, ¿por qué a mí, por qué ahora?, pero deberemos incursionar primero en otros territorios.

CAPÍTULO VI

¿QUÉ SUCEDE EN EL ALMA DE QUIEN SE ENFERMA DE CÁNCER?

La patoneurosis y el factor psíquico

Antes de introducirnos en lo que consideramos el meollo de lo que promete el título de este capítulo, tal como lo haremos en el próximo, es necesario que tracemos, a vuelo de pájaro, un panorama esquemático de las diferentes actitudes que es posible encontrar en el campo de la psicoterapia.

Nadie pone en duda que el enfermo que desarrolla un cáncer se ve afectado por un sufrimiento psíquico que puede desequilibrar su estado anímico. En la jerga de la especialidad, ese tipo de alteración se denomina patoneurosis, poniendo el acento en que la enfermedad del cuerpo es la causa del desequilibrio anímico. Se ha escrito mucho acerca de este tema, y cuando se habla de asistencia psicológica al enfermo canceroso, se piensa, casi siempre, en una psicoterapia orientada hacia la elaboración de los cambios que la enfermedad produce en la vida del paciente. Tanto en la psicoterapia individual como a través de grupos que reúnen a los pacientes y muchas veces incluyen a sus familiares, se trata de ayudarlos a enfrentar los conflictos y las ansiedades que derivan de su nueva condición. Los propósitos que guían a los psicoterapeutas que tratan a los enfermos de cáncer centrados en la idea de que deben ocuparse de las consecuencias psicológicas de la enfermedad recorren una amplia gama,

que va desde brindarles “apoyo” procurando subrayar el valor de las condiciones positivas que todavía subsisten hasta las metas más ambiciosas, que proponen un trabajo de duelo frente a la existencia de mutilaciones e, inclusive, afrontar el espinoso tema de “aceptar” una muerte cercana.

No todos los psicoterapeutas, sin embargo, se limitan a tratar a los enfermos de cáncer desde un enfoque centrado en la patoneurosis. En las últimas décadas, y gracias al reconocimiento de la influencia que el estado anímico ejerce sobre la actividad inmunitaria, por un lado, y del papel que la inmunidad desempeña en la evolución de una proliferación cancerosa, por el otro, ha cobrado vigencia la idea de que en el desarrollo de un cáncer participa lo que se llama “el factor psíquico”. Se ha comenzado a insistir, desde este ángulo, en que los disgustos, el estrés, los traumas psíquicos o el atravesar un difícil proceso de duelo deben ser tenidos en cuenta como un factor importante que puede culminar en la eclosión de un cáncer e influir en la forma en que evoluciona. En este caso, también las distintas posiciones teóricas varían dentro de una amplia gama que va desde el considerarlo un factor más entre tantos hasta quienes piensan que se trata de una “psicogénesis”, lo cual equivale a afirmar que el cáncer es, en su origen, la consecuencia de una causa psíquica.

Acerca de causas y significados

Si deseamos profundizar en lo que sucede en el alma de una persona que desarrolla un cáncer, es necesario todavía que, para disipar equívocos, nos ocupemos, aunque sea de manera breve, de algunos conceptos “sobrentendidos” que tienen consenso. Comencemos por señalar, recurriendo a un ejemplo, que así como es posible decir que por causa del granizo se rompió el parabrisas del automóvil, también podría decirse que un empleado irresponsable omitió guardar el automóvil en el garaje, y que por causa de su negligencia se produjo el daño, o que el parabrisas tenía un defecto de fábrica y que por causa de ese déficit no pudo resistir el embate del granizo. Lo que nos muestra el ejemplo es que el enunciado de una relación entre causa y efecto suele ser el resultado de un pensamiento lineal que simplifica y “reduce” la complejidad con la cual se relacionan entre sí los sucesos. Más que pensar en “la” causa de un determinado acontecimiento, deberíamos tener claro que en realidad se trata de una pluricausalidad, de un entretrejo de causas dentro del cual es posible distinguir “jerárquicamente” entre algunas principales y otras accesorias.

Es necesario diferenciar también entre las situaciones en las que comprendemos cómo actúa la causa para producir el efecto, de aquellas en las que esa comprensión no se alcanza. Recordemos que el hecho de que dos sucesos surjan juntos o, mejor aun, que uno de ellos siempre preceda a la aparición del otro, no significa necesariamente una relación causal. Hemos ya recurrido, refiriéndonos a este asunto, al ejemplo constituido por la relación que se establece entre el rayo y el trueno, uno precede al otro, pero es evidente que no constituye su causa.

Admitida la compleja pluricausalidad de un evento, que transforma “la causa” en “factores”, solemos todavía privilegiar alguno de esos factores cuando decimos, por ejemplo, que el bacilo de Koch es la causa de la tuberculosis. En rigor de verdad, ese microbio es una condición necesaria, pero no suficiente, para la eclosión de una tuberculosis, ya que sin él no se puede desarrollar esa enfermedad, pero su sola presencia tampoco alcanza para producirla.

Es importante subrayar que identificar una condición necesaria otorga un acceso valioso a la posibilidad de alterar el curso de los acontecimientos, de modo que, a pesar de las peripecias que resumimos, el pensamiento causal se ha convertido en uno de los pilares que fundamentan y hacen posible el impresionante poder tecnológico que la humanidad, en algunos sectores, ha desarrollado a partir de la ciencia.

Sin embargo, es necesario señalar dos cuestiones. La primera reside en que, insensiblemente, queda implícito que el único conocimiento verdadero, “objetivo” y científico es el que nos conduce a identificar la causa. La segunda, agravada por la ubicua operatividad de la primera, radica en que hay amplios sectores en los cuales la ciencia y la técnica han tropezado una y otra vez con la impotencia.

Sabemos desde antiguo que entender mecanismos no es nuestro único modo de entrar en relación con los hechos e influir sobre ellos. Los seres humanos vivimos cotidianamente en un rico y polifacético mundo de significación, un mundo semántico sin el cual nuestra vida carecería, precisamente, de lo que denominamos “sentido”.

Es necesario no confundir los significados con las causas. Si aceptamos este punto de vista, trascendemos el concepto de psicogénesis, porque no estamos reduciendo lo psíquico a la operación de una causa que genera un efecto, y trascendemos también, por la misma razón, el pensamiento opaco de que la intervención de lo psíquico puede ser homologada, sin más, con la de otros “factores” que concebimos dentro del

pensamiento causal. No estamos rechazando la idea de que la influencia psíquica se ejerce a través de fenómenos dentro de los cuales podemos descubrir causas y efectos, estamos afirmando, en cambio, que aun en los casos en los cuales no logramos identificar los mecanismos de acción, podemos comprender el significado, el sentido que una alteración orgánica tiene como cumplimiento de una finalidad, de un propósito que suele ser inconsciente.

El concepto no es nuevo. Reparemos en cuál es la frecuencia con que, frente a la ignorancia de cuáles son las causas que han determinado la estructura de un órgano, podemos todavía comprender su forma en la medida en que comprendemos que resulta adecuada para la función que cumple. Contemplando las cosas de este modo, lo físico y lo psíquico no se excluyen mutuamente ni existe oposición entre ellos. Un cambio en la forma “física” de una parte del cuerpo, o del cuerpo entero, no deja de ser físico porque se comprenda su significado, así como un cambio en la significación de un hecho no pierde su significado por el hecho de que podemos percibirlo como una alteración física. ¿Acaso la efusión de lágrimas deja de ser física cuando forma parte del llanto?

Pero los significados suelen ser inconscientes, y cuando así sucede, solemos creer que las alteraciones físicas carecen de un significado psíquico. También ocurre que una parte de los cambios físicos escapa a nuestra percepción, y en esas circunstancias tendemos a pensar que lo psíquico es inmaterial y “etéreo”.

Señalemos, por último, que para que una cosa tenga “su” significado propio, ese significado debe ser cualitativamente identificable como particular y distintivo de esa cosa en cuestión, no puede ser el mismo que otra cosa diferente tiene. Este sencillo postulado, que en términos correspondientes a la jerga que utilizamos los psicoanalistas corresponde a la expresión “el significado específico de las funciones y de los trastornos corporales”, ha sido consciente y sistemáticamente rechazado por casi todos los profesionales que integran (ya sea como psicoanalistas, psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos o fonoaudiólogos) lo que se ha dado en llamar el mundo “psi”. No obstante, al mismo tiempo se presenta una curiosa circunstancia que borra con el codo lo que la mano escribe. Todos ellos aceptan, con la mayor naturalidad, que exista una psicodermatología, una psicocardiología o una psicooncología, y algunos investigan, con intención psicoterapéutica, en la psoriasis, en el infarto cardíaco o en el cáncer de mama, como si el hecho de no “mezclar” en una misma

investigación a pacientes con enfermedades distintas no equivaliera a admitir que se esperan encontrar significados particulares y propios en las diferentes enfermedades que, justamente por ese motivo, se investigan “por separado”.

Acerca de la relación entre el cuerpo y el alma

Cuando, en 1963, publiqué el libro *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, que contenía los fundamentos teóricos en los cuales se apoyaba la investigación que allí presentaba, escribí también un historial clínico titulado *Cuando la envidia es esperanza* (que se publicó como libro muchos años más tarde), y cuyo contenido, además de ilustrar el asunto de los trastornos hepáticos, en 1966 dio lugar a *El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer*, publicado en 1970. A partir de ese trabajo surgió, en 1978, el libro *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer* que se tradujo al italiano (con el título *Psicoanalisi e cancro*) en 1981 y se reeditó en Buenos Aires, con algunos agregados y modificaciones, en 2001.

En el próximo capítulo, nos ocuparemos de las cuestiones allí tratadas que se refieren al cáncer, ya que dedicaremos este apartado a exponer sucintamente los conceptos que sirvieron de base a esas investigaciones.

El problema de la relación entre el cuerpo y el alma, al que muchas veces se alude con el término “psicosomática”, parte de una cuestión que se puede enunciar con facilidad. Cuando una luz intensa atraviesa nuestra pupila y alcanza la retina, sentimos una molestia, pero ignoramos cómo el estímulo físico genera finalmente una sensación anímica. Cuando sentimos una molestia visual, nuestra voluntad puede generar el acto de cerrar los párpados, pero ignoramos cómo la voluntad del alma genera el movimiento de nuestros músculos. Las ideas que con respecto a este punto tienen mayor consenso son fundamentalmente dos, y es necesario agregar que casi siempre funcionan de manera implícita, sin que volvamos a pensar en ellas, tal como funcionan los pensamientos que Ortega y Gasset denomina “creencias”, porque forman parte de nuestros hábitos y los damos por ciertos. Una de esas creencias es que el organismo material “produce” la mente consciente y las fantasías o afectos inconscientes a partir del grado de complejidad que le permite, a ese organismo, desarrollar un cerebro. La otra, que corresponde al paralelismo psicofísico cartesiano, asume que el cuerpo y el alma, como tales, son dos realidades (ontológi-

cas) que existen fuera de la conciencia que las percibe. Debemos agregar que forma parte de estas dos posiciones la creencia implícita en que los métodos de investigación que se apoyan en la física, en la química y en la biología, para indagar en las estructuras materiales y en sus funciones, son los únicos que pueden otorgar un estatuto científico al conocimiento del alma.

Los desarrollos que expondremos en el próximo capítulo parten de una posición epistemológica distinta, según la cual aquello que llamamos cuerpo y aquello que llamamos alma no existen en el mundo (como realidades ontológicas), independientemente de la conciencia que los registra. Los cuerpos materiales que son objetos de la ciencia física surgen de una organización del conocimiento que se construye a partir de los “datos” que arroja la percepción ejercida mediante los órganos sensoriales. Los significados “psíquicos”, lo que denominamos “el sentido” de los acontecimientos, surgen del modo en que la conciencia organiza las sensaciones que “tiñen” con diferentes importancias a cada una de las experiencias. Ambas organizaciones, lejos de anularse mutuamente, persisten y se enriquecen entre sí, aunque no siempre ambas permanecen conscientes. De modo que son muchas las veces que ignoramos el significado “anímico” de una estructura corporal y también, inversamente, la estructura corporal de un determinado significado “anímico”.

Se trata de una posición que se halla implícita en algunas partes (no en otras) del pensamiento de Freud desde sus primeros trabajos, y que él mismo formulará explícitamente recién en 1938, cuando postula lo que considera las dos hipótesis fundamentales del psicoanálisis. Reparemos en que el psicoanálisis no sólo ha intentado comprender el significado inconsciente de algunos trastornos corporales que se manifestaban como alteraciones físicas, sino que también ha utilizado las estructuras y funciones corporales de la boca, del ano o de los genitales para comprender las distintas fantasías (propias o “específicas” de cada una de esas zonas) que pueblan el ánimo de las personas normales.

Cuando en 1963 investigamos el significado inconsciente de los trastornos hepáticos, utilizamos esos mismos conceptos (que Freud había limitado a algunas zonas del cuerpo en donde la piel se encuentra con el revestimiento mucoso) para describir fantasías específicas hepáticas y para expresar la idea de que una tal especificidad debería ser inherente a cada una de las distintas funciones corporales, y no sólo cuando se ejercen en condiciones normales, sino también en la enfermedad.

La paciente cuyo historial clínico acompañó la investigación sobre los trastornos hepáticos padecía además un intenso temor hipocondríaco a enfermarse de cáncer y mantenía desde su juventud una relación genital incestuosa. Esto nos llevó a escribir, en 1966, *El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer*. No sólo lo hicimos desde las reflexiones que surgieron de ese historial, sino también desde la posición epistemológica que desarrollamos durante la investigación de los trastornos hepáticos.

CAPÍTULO VII

UNA CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA DEL CÁNCER

El horror al incesto

El *Diccionario de la Real Academia Española* define al incesto como “relación carnal entre parientes dentro de los grados en que está prohibido el matrimonio”. El reconocimiento de los deseos incestuosos junto con su intensa represión y rechazo en la conciencia constituye una parte fundamental de la teoría psicoanalítica, que se integra en lo que, con el nombre Complejo de Edipo, se considera el “núcleo” esencial de las neurosis.

No cabe duda de que, más allá de la teoría psicoanalítica, el incesto queda prohibido en la inmensa mayoría de las culturas, sean primitivas o civilizadas, con unas pocas excepciones, propias de las culturas adoradoras del Sol, como la egipcia o la incaica, en las cuales el incesto fraterno era obligatorio para la familia real. También es cierto que en la comunidad civilizada el incesto es mucho más frecuente de lo que preferimos creer, y sucede especialmente en los dos extremos del desarrollo socioeconómico, en las clases más pobres y en las más encumbradas.

Por extraño que parezca, ha sido mucho más fácil de comprender la existencia de deseos incestuosos (como un producto de la estrecha relación que se establece entre un bebé y su madre) que su repetida inhibición en casi todas las culturas. Se trata de una inhibición cuya fuerza, y la magnitud de los castigos infligidos frente a su violación, justifica la palabra “horror” con la que frecuentemente se la caracteriza como un temor intenso (*horror* proviene de *horripilar*, con el significado de ‘eri-

zar los pelos’). En 1912, Freud (*Totem y tabú*) rechaza la idea de que se trata de una inhibición “natural”, idea basada en la tesis no comprobada de que los matrimonios consanguíneos son perjudiciales para la descendencia, y señala que “lo que la naturaleza misma prohíbe y castiga no tiene necesidad de ser prohibido y castigado por la ley”. Luego agrega: “Aunque también respecto de la derivación del horror al incesto podíamos esperar tener la opción entre posibilidades de explicaciones sociológicas, biológicas, y psicológicas, y aunque los motivos psicológicos acaso resultaran una agencia representante de poderes biológicos, al fin de la indagación nos vemos precisados a refrendar el resignado veredicto de Frazer: ‘No conocemos el origen del horror al incesto y ni siquiera sabemos qué orientación tomar. No nos parece satisfactoria ninguna de las soluciones del enigma propuestas hasta ahora’”. Podríamos consignar las principales, entre dichas soluciones insatisfactorias, pero el lector interesado podrá encontrar su detallada discusión en el artículo que ya citamos (“El contenido latente...”). Nos limitaremos entonces a exponer la tesis que allí sosteníamos.

El destino de la excitación

Comencemos por señalar que, en los todos los seres vivos, el aumento de la excitación alcanza un punto en que inevitablemente se descarga. Si esa descarga no se realiza de modo saludable por mediación de la agencia que en la teoría psicoanalítica se denomina “yo”, lo hará de un modo insalubre desestructurando al organismo dentro del cual se ha acumulado, y ese modo corresponde a lo que dentro de la misma teoría llamamos pulsiones de muerte (tanáticas), por ser destructivas. Los modos saludables de la descarga (eróticos) son fundamentalmente tres: el crecimiento, que predomina en la primera etapa de la vida y culmina en la adultez; la procreación, que corresponde a la llamada edad media de la vida; y la sublimación, que predomina en la última etapa y corresponde a la creación de formas que no constituyen organismos biológicos.

En cuanto a las tendencias tanáticas, Freud no sólo se ha ocupado de formas perversas, como el sadomasoquismo y su manifestación en las guerras que asolaron a la humanidad. También (en *Totem y tabú*) las ha estudiado en las culturas primitivas que dieron lugar al totemismo. La palabra *tabú* designa la condición de prohibido que recae sobre personas o cosas, en lo que se refiere al entrar en contacto con ellas. Lo importante

para el tema que ahora nos ocupa es que la prohibición señala un peligro que depende de una fuerza, denominada “maná”, que sólo puede ser tolerada por alguien dotado de una energía que se aproxima a la del “objeto” tabú.

No cabe duda de que el horror al incesto se asemeja al temor reverente que da lugar al tabú, y esto nos permite sospechar que las fantasías incestuosas quedan asociadas a la descarga de una excitación que se teme, y que, una vez reprimido su origen, el temor adquiere una representación sustitutiva, como una enfermedad, una maldición o alguna otra forma de castigo.

La cuestión que permanece sin resolver es: ¿por qué motivo los deseos incestuosos, de naturaleza erótica, despiertan el mismo temor que despierta una fuerza destructiva? Aunque nos habíamos propuesto, en aras de la brevedad, omitir todas las respuestas insatisfactorias que ya han sido ensayadas, haremos aquí una excepción para mencionar que la rivalidad con el progenitor del mismo sexo, y la consiguiente “lucha” que culmina con el asesinato del más débil, no es explicación suficiente. Basta para comprobarlo, en primer lugar, la frecuencia con que entre los grandes animales se asume ese riesgo, y en segundo lugar, el hecho innegable de que la rivalidad y su consiguiente riesgo quedan de todos modos asociados al acoplamiento genital y no únicamente al incesto.

El nacimiento de las normas morales

Para continuar con nuestra indagación, recordemos que en la teoría psicoanalítica se denomina “ello” al reservorio inconsciente de todas las pulsiones (o instintos), acerca del cual puede decirse que contiene al conjunto de las instrucciones para el funcionamiento del yo y la conformación del organismo. Cuando Freud se ocupa de la formación del superyó (que frente al yo cumple una función prohibitiva, pero también protectora), sostiene que frente a las primeras “identificaciones” del yo con los “mandatos” contenidos en el ello, la debilidad del yo incipiente conduce a que no pueda mantenerse unido y que, como resultado del “trauma”, una parte de él se separe y constituya el superyó. Así, éste nace como testimonio de proyectos incumplidos y, en ese sentido, es un representante del ello ante el yo, que se coloca como si fuera un escudo entre ambos, un representante que señala una “falta”, una “deuda” con los “proyectos ideales” y que “pugna” como una necesidad que debe ser colmada.

De ese modo nacen las normas morales, y nos interesa subrayar aquí algo que la teoría psicoanalítica acerca de la formación del superyó lleva implícito. Cuando el yo es todavía débil, la magnitud de las tendencias instintivas inconscientes constituye en sí misma un peligro que amenaza con desestructurarlo. Vemos entonces que, en principio, cuando se transgrede una prohibición moral, “en el pecado está la penitencia”, pues más allá de la idea de castigo, la norma moral y el peligro que se teme como “recuerdo” del trauma surgen de un mismo origen. Si volvemos ahora sobre la cuestión fundamental que ocupa nuestro pensamiento, ¿de dónde proviene el horror al incesto?, podríamos explicarlo, a lo sumo, como la persistencia anacrónica de un prejuicio infantil que se estableció cuando el yo era todavía débil, y que, reprimido, opera desde lo inconsciente. Pero ¿es acaso cierto que el horror al incesto en un adulto normal es sólo producto de la persistencia anacrónica de un prejuicio infantil que ya no se justifica? Dejemos la cuestión en este punto para hacer un pequeño rodeo antes de proseguir con ella.

El narcisismo

El psicoanálisis distingue con el nombre “narcisismo” al amor (sea normal o patológicamente exagerado) que un sujeto siente hacia sí mismo. En otro lugar (*Reflexiones sin consenso*), sostuvimos que el mito de Narciso, quien enamorado de su propia imagen reflejada en el estanque muere de hambre y de sed, no coincide con lo que desde el psicoanálisis denominamos narcisismo, pero no es esta una cuestión relevante para el tema que nos ocupa. Nos interesa destacar ahora que existe una cuota de “amor propio” (narcisista) que es normal y saludable, y que durante una primera época de la vida, esa cuota se expresa a través de un crecimiento armónico. Los vínculos “introvertidos”, los vínculos con los “objetos” (o personajes) de la fantasía, se hallan a mitad de camino entre el narcisismo y la relación con las personas reales. De modo que, frente a estos últimos, son narcisistas, y frente a los primeros, son “objetales” o “reales”.

Cuando durante el psicoanálisis de la paciente antes mencionada, que mantenía una relación genital incestuosa fraterna, ella me trajo una fotografía de su hermano, me impresionó fuertemente el hecho de que la cara de él fuera una versión masculina de la suya, y allí nació la idea que fundamentaría todo el desarrollo del historial que escribí entonces. Escuetamente expresada, la idea consiste en que la cópula genital inces-

tuosa, endogámica, consanguínea, contiene la fantasía de una cópula genital narcisista, es decir, con un “objeto” representante de uno mismo. Esa cópula consigo mismo existe en el mundo animal y vegetal con el nombre de hermafroditismo (tomado de la reunión, en un individuo, de dos dioses mitológicos, Hermes y Afrodita). Se trata de la coexistencia de los dos sexos en un mismo organismo. De modo que, en muchos de ellos (aunque no en todos), los gametos masculino y femenino acceden a una fecundación “autónoma”, exenta de la necesidad de una cópula “exterior” con otro organismo de la misma especie.

Freud, a través del estudio de las fantasías inconscientes, llega en repetidas ocasiones a replantear la hipótesis del origen bisexual del organismo biológico primitivo. Expresa, por ejemplo (en *Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*): “En los psicoanálisis de los sujetos psico-neuróticos se transparenta con especial claridad la supuesta bisexualidad original del individuo”. Sin entrar en consideraciones biológicas acerca de la realidad de esta supuesta organización bisexual primitiva en el ser humano, nos interesa el hecho clínico de su existencia en las fantasías inconscientes, y nos interesa también comprender el contenido latente que se manifiesta en las fantasías bisexuales o hermafroditas. Podemos suscribir aquí las palabras de Hermann Nunberg (en *Teoría general de las neurosis basada en el psicoanálisis*): “Suceda lo que suceda en la fantasía, el hombre es un ser bisexual”. El paradigma de las fantasías bisexuales que se utiliza como ejemplo en la mayoría de los trabajos que se ocupan del tema es el conocido mito de *El banquete* de Platón, según el cual el ser humano era primitivamente un ser andrógino, hermafrodita, de forma esférica, que fue separado en dos mitades heterosexuales por Zeus, quien castigó así su arrogante soberbia. En el libro Levítico del Antiguo Testamento, se incluye un comentario referido al incesto fraterno (*La sagrada Biblia más bella del mundo*, edición corregida por Alejandro Diez Macho. Editorial Codex) que dice: “El principio en que se basa la prohibición del incesto es que los parientes son una misma sangre, y nadie debe fecundarse a sí mismo”. Comprender el carácter narcisista de la fantasía incestuosa nos permite también comprender que el incesto constituye un intento de abandonar el narcisismo propiamente dicho, en el cual la libido se deposita sobre el yo, a la vez que constituye un intento de conservar ese narcisismo mediante la elección de un “objeto” consanguíneo o endogámico que represente al propio yo.

Las fantasías inconscientes acerca del cáncer

Examinando distintos mitos y desarrollando consideraciones que se encuentran en Freud, Mauricio Abadi (en *El renacimiento del Edipo*) ha destacado que las fantasías homosexuales contienen un anhelo procreativo narcisista y bisexual, simbolizado a través del ser andrógino o hermafrodita presente entre los atributos de la divinidad. Esa divinidad, tal como lo ha expresado Freud y de acuerdo con lo que hemos visto en el apartado anterior de este mismo capítulo, no sólo es representante del superyó, sino también de la “omnipotente vida instintiva”.

Fidias Cesio (en *Procreación y letargo*) expresa: “En el psicoanálisis de la mujer encontramos que las fantasías de embarazo y parto [...] están en relación con fantasías de desarrollar e integrar en el yo posnatal los contenidos que han quedado excluidos [...]. Los contenidos prenatales [...] son muy persecutorios y cuando ‘despiertan’, el yo reacciona con alarma. El embarazo es una manera de proyectar en el feto estos contenidos persecutorios disociándolos por completo del yo. Otra manera de disociar los contenidos prenatales aletargados que ‘despiertan’ es a través de desarrollos patológicos en el cuerpo que resultan así en versiones regresivas muy vinculadas a fantasías de embarazo y parto. [...] El anhelo por la fecundación implica en la mujer la fantasía que en la unión de las gametas consigue integrar en su yo estos elementos primarios [...] que perdió en su desarrollo postnatal”.

Freud (en *Más allá del principio de placer*) escribe: “Las células germinales se comportan de un modo ‘narcisista’, porque tienen necesidad de la actividad de sus pulsiones de vida para sí mismas, en calidad de reserva, con miras a su posterior actividad de grandiosa dimensión anabólica. Tal vez habría que declarar narcisistas, en ese mismo sentido, a las células de los neoplasmas malignos, dado que la patología está preparada para considerar congénitos sus gérmenes y atribuir a ellos cualidades embrionales”.

Si bien la afirmación de Freud no coincide con lo que establece actualmente la biología celular, ya que, dado lo que se comprobó hasta el momento, las mutaciones que “inician” la progenie que se desarrolla como una neoformación maligna están relacionadas con un defecto genético heredado a través de los gametos sólo en el 5 o 10% de los cánceres, es un hecho indudable que las neoplasias surgen a partir de células jóvenes o inmaduras que conservan su capacidad reproductiva. Una capacidad

reproductiva que conduce a un crecimiento anómalo y “anacrónico”, ya que no coincide con “la edad” o el estado de maduración de los tejidos en los cuales se desarrolla.

En el estudio que acerca del mito de Prometeo realizamos (en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*), llegamos a la conclusión de que el carácter narcisista de la libido al servicio de los intereses del yo, “entrenada” en el proceso de crecimiento que se realiza mediante la reproducción celular (asexual), adquiere una representación en la forma de una cópula bisexual, o sea, hermafrodita. Utilizamos la palabra *hermafrodita* para referirnos al aspecto procreativo de las fantasías narcisistas íntimamente ligado, en las fantasías inconscientes, a vivencias hipocondríacas de crecimiento corporal. Nada tiene de extraño que pueda utilizarse la representación de un crecimiento tumoral para aludir al contenido narcisista de una excitación incontrolada, si aceptamos (tal como lo sostiene Freud en el párrafo que acabamos de citar) que los “neoplasmas malignos” son el producto de una persistencia (una fijación) narcisista. Recordemos que la paciente de nuestro mencionado historial sufría un intenso temor hipocondríaco a enfermarse de cáncer. También es cierto que tiene amplia difusión la fantasía (que la experiencia no confirma) de que la consumación del incesto conduce al engendro de hijos con defectos genéticos o, peor aun, de características monstruosas.

De acuerdo con las ideas vertidas en este capítulo, es posible comprender ahora que el horror al incesto, lejos de ser el producto de la vigencia de un prejuicio infantil que ya no se justifica –porque ha surgido en la época en que el yo era débil–, oculte el intenso temor que despierta la descarga de una excitación que provocará un crecimiento anómalo por haber quedado “fijada” anacrónicamente en un designio narcisista, en lugar de haber evolucionado hacia una relación con otros organismos de la misma especie.

Las condiciones “psicodinámicas” necesarias para que surja un cáncer

Si tenemos en cuenta que una de cada cuatro personas muere como consecuencia de un cáncer (en una de cada tres aparece) y que se admite que la desviación neoplásica de células aisladas ocurre de manera continua sin que la mayoría de las veces llegue a constituir una enfermedad cancerosa, podemos suponer que existe una primera condición para enfermar de

cáncer, que todos compartimos en alguna medida. Esa primera condición, expresada en el lenguaje que utilizamos los psicoanalistas, consiste en una fijación a un período prenatal de la evolución de la libido que corresponde al desarrollo embrionario.

Todos los seres humanos experimentamos fijaciones que permanecen como deseos inconscientes insatisfechos y reprimidos, que configuran así disposiciones latentes. La “cuota” de fijación embrionaria que constituye (desde el punto de vista “psicodinámico”) la primera condición hacia el desarrollo de un cáncer puede concebirse como un deseo narcisista prenatal que no se integra con el desarrollo que emprende el resto de la personalidad hacia los estadios sucesivos y permanece, por lo tanto, completamente ajeno a la conciencia.

La segunda condición necesaria para que se genere un cáncer consiste en un fracaso actual de la gratificación libidinal correspondiente a los últimos estadios de la evolución que la sexualidad ha alcanzado en una determinada persona, sobre todo en aquellos que para esa persona son los más eficaces “económicamente” y constituyen su modo habitual de descargar la excitación erótica. A partir de esa frustración, se condiciona una regresión que incrementa la energía pulsional contenida en la fijación narcisista embrionaria “reactivando” las fantasías que ese núcleo inconsciente contiene. La observación clínica muestra que esta segunda condición necesaria para que aparezca un cáncer suele presentarse en forma de un duelo importante provocado por la pérdida de alguna persona o de alguna otra situación significativa.

La tercera condición consiste en la imposibilidad de descargar en sentido progresivo, es decir, a través de cualquier otro de los estadios posteriores de la evolución libidinal, la excitación generada en la fijación embrionaria. La etapa que sigue inmediatamente, en sentido progresivo, a la fijación narcisista surge de la relación de objeto endogámica que el bebé establece con su madre y excita los deseos incestuosos que determinan el Complejo de Edipo. Por este motivo, el fracaso en la descarga “progresiva” que constituye la tercera condición necesaria para la eclosión de un cáncer surge, la mayoría de las veces, como un fracaso en la descarga de la excitación incestuosa, excitación que, en situaciones normales, se satisface con los objetos consanguíneos en forma sublimada o coartando y sustituyendo su finalidad genital.

Entre las teorías que surgen de la investigación en el terreno que denominamos psiquismo, no encontramos otra que permita explicar las caracte-

terísticas que diferencian el cáncer de cualquier otra enfermedad somática; es decir, un crecimiento celular ilimitado e invasor que no se conforma al plan de los órganos y tejidos diferenciados que constituyen al individuo pluricelular jerárquicamente estructurado en el cual el cáncer aparece. Las observaciones realizadas consolidaron en forma progresiva la convicción que nos despierta esta teoría y han permitido encontrar, repetidamente, en el momento de la vida de los pacientes en que la enfermedad cancerosa se desencadena, un tipo particular de fracaso. Se trata, como dijimos antes, de un fracaso constituido por la pérdida de la satisfacción que, si bien corresponde a los deseos inconscientes propios de un vínculo incestuoso detrás del cual se oculta una excitación hermafrodita, es una satisfacción hasta entonces obtenida (en la inmensa mayoría de los casos) mediante la sustitución de los fines directos (genitales), pero no de los objetos consanguíneos. Este tipo de fracaso rara vez está ausente entre los enfermos de cáncer, sin embargo, dicha ausencia no es incompatible con la teoría que planteamos. Como acabamos de ver, esta teoría concibe otras maneras de alcanzar la regresión y la reactivación narcisista necesaria para la aparición del cáncer.

En los últimos años, nuestro interés por la investigación que denominamos “metahistórica”, porque se centra en la “sustancia argumental” que “genera” las historias, fue cubriendo de carne nuestro esqueleto teórico metapsicológico y nos condujo hacia una práctica psicoterapéutica que, en el trato con el paciente, fue abandonando la jerga de la especialidad para expresarse cada vez mejor en el lenguaje de la vida. En ese lenguaje podemos decir que la forma patológica del narcisismo esconde una íntima traición del amor a sí mismo. En los casos en que alcanza su extremo, es soledad, incomunicación, aislamiento, desinterés en los otros, falta de participación en la comunidad, falta de curiosidad en la vida, una pérdida del entusiasmo y del significado de los actos del vivir que desemboca en la hipocondría, en el temor a la ruina en el terreno de la salud o del dinero, en el tedio o en el sentimiento de vacuidad o de fracaso. De estos desarrollos deberemos ocuparnos en los próximos capítulos.

Sólo nos falta agregar que la posibilidad de instaurar a través de las “respuestas” orgánicas de estos enfermos un diálogo similar al que estamos habituados a contemplar en la psicoterapia de los pacientes neuróticos dependerá del progreso alcanzado por nuestro conocimiento metahistórico de la temática que se oculta en el cáncer.

CAPÍTULO VIII

DOS CONTRIBUCIONES DE LA LITERATURA

Acerca de la morfina, el letargo y las endorfinas

Freud utilizó repetidamente la producción artística y literaria, no sólo para ejemplificar o para “corroborar” sus hallazgos clínicos y sus formulaciones teóricas, sino también para continuar profundizando en sus investigaciones. Así lo hizo, por ejemplo, con respecto al Complejo de Edipo con el *Edipo Rey* de Sófocles, o con el *Hamlet* de Shakespeare. En *La interpretación de los sueños*, escribe: “Esta coincidencia entre mis investigaciones y la creación poética ha sido utilizada por mí como demostración de la exactitud de mi análisis onírico”. Resume de este modo una posición que mantuvo siempre su vigencia dentro del psicoanálisis por motivos que resulta fácil comprender, ya que toda producción del espíritu es siempre una creación que hunde sus raíces en el psiquismo inconsciente.

Cuando una obra perdura en el tiempo, es porque sus contenidos logran conmovernos, y eso nos testimonia su valor de verdad. Durante la investigación que realizamos hace ya muchos años sobre los motivos inconscientes del horror al incesto y su relación con el cáncer, nos resultaron especialmente significativos los contenidos de una novela de Thomas Mann, titulada *El elegido*, y algunos cuentos de Theodore Sturgeon, especialmente uno titulado “Si todos los hombres fueran hermanos, ¿permitirías que alguno se casara con tu hermana?”, que presentaron dos colegas (Enrique Obstfeld y Silvia Furer) durante la Jornada sobre el Enfermo

Canceroso que se realizó en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática en 1977. Volveremos enseguida sobre esos dos ejemplos, pero aún nos falta introducir una cuestión necesaria para completar su comprensión.

Cesio, en 1960 (en *El letargo. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa*), introduce en la teoría psicoanalítica un fructífero concepto. Se trata del letargo, caracterizado como un fenómeno de adormecimiento que se diferencia del sueño normal, y que se presenta en distintos grados que van desde una disminución de la atención propia de la vigilia, hasta un profundo sopor acompañado de abundante secreción salival. En 1966, sostuvo (en *El letargo. Una representación de lo latente. Su relación con la represión*) que el letargo era la manera en que los contenidos inconscientes más traumáticos hacían su primera aparición en la conciencia.

Por otra parte, en nuestro trabajo de 1963, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, estudiamos el aburrimiento como una de las formas del letargo y señalamos que su relación con el horror frente a los contenidos inconscientes traumáticos estaba ya contenida en las raíces etimológicas de la palabra *aburrimiento*, que a través del término *aborrecer* deriva de *horror*. En el trabajo de 1966, "Opio", investigamos en las fantasías inconscientes inherentes a la acción farmacológica de los opiáceos y sostuvimos que quizás actuaran remplazando, o reforzando, una sustancia que el organismo produce normalmente. Seis años más tarde se descubrieron las endorfinas, producidas por el propio organismo, que se fijan en los mismos receptores neurológicos que utiliza la morfina y que funcionan, tanto en el hombre como en algunos animales, como sustancias naturales que producen alivio en situaciones traumáticas. Recordemos, en este punto, que el uso de los derivados del opio, o sus equivalentes sintéticos, constituye un recurso habitual frente a la evolución de algunos cánceres. Agreguemos por fin que, así como el reciente descubrimiento de las neuronas espejo identificó los elementos neurológicos correspondientes a la capacidad de empatía, conocida desde antiguo (y al concepto psicoanalítico de contratransferencia), el descubrimiento de la endorfinas hizo lo mismo con el concepto psicoanalítico que denominamos "letargo".

Un fragmento de *El elegido*, de Thomas Mann

El fragmento que reproducimos puede transmitirnos, a través de la pluma magistral de su autor, el clima emocional que rodea al horror al incesto, y el contenido narcisista y “tanático” de la excitación incestuosa.

[...] no podían dormir, estaban tendidos, con los ojos abiertos, y procuraban adormecerse cerrándolos con fuerza. No me interesa establecer qué le pasaba a la muchacha, pero en cuanto a Wiligis diré que conmovido por la muerte de su padre y pensando en su propia vida suspiraba excitado hasta que por fin saltó de la cama y con los pies desnudos... alzó el cobertor de Sibylla y, abandonado por Dios, entre mil ilícitos besos entró en el lecho de su hermana. Esta dijo, bromeando con voz ahogada que excluía toda broma:

—¿Cómo, señor duque? Me concedéis un gran honor con esta inesperada visita. ¿Qué méritos tengo para sentir vuestra querida piel junto a la mía? Mi alegría sería completa si callaran los lúgubres graznidos de las lechuzas que revolotean en torno de la torre.

—Siempre chillan.

—Sí, pero no tan angustiosamente. En verdad yo creo que ello se debe a que no dejáis en paz vuestras manos, que de un modo tan extraño están luchando conmigo. ¿Qué significa, hermano, esta lucha? Ahora tengo junto a mis labios tu dulce cuello. ¿Por qué no? Me gusta; solo te pido que no quieras separarme así las rodillas, pues estas siempre quieren estar absoluta y completamente unidas. [...]

—... Hermana duquesa, dulce parte mía, amada.

—Recuerda —dijo ella con voz apagada— que murió hoy, y está allá abajo en el fêretro. ¡Déjame, la noche pertenece al muerto! —Hemos nacido de la muerte —tartamudeó Wiligis— y somos sus hijos. ¡Oh! dulce amada, ¡ríndete a tu hermano en la muerte y concédeme lo que Amor otorga como meta del amor! [...] Así llegaron ellos hasta el fin y satisficieron el deseo que el demonio les había inspirado. Y dijo él enjugándose la boca:

—Ahora ya está hecho, lo podremos hacer una y mil veces más [...].

Comencemos por señalar que los protagonistas de la escena que reproducimos “no podían dormir” y “procuraban adormecerse cerrando los ojos con fuerza”; Wiligis, que “suspiraba excitado”, estaba “conmovido por la muerte de su padre y pensando en su propia vida”. Vemos cómo a través del pensamiento o del sueño se intenta elaborar una excitación que aparece vinculada con la muerte. El intento de elaboración o de control a través del pensamiento o del sueño refleja la lucha con esa excitación “tanática” que aumenta con la transgresión, ya que el carácter ilícito de los besos contribuye a encenderla. El componente

tanático de estos impulsos aparece otra vez cuando el personaje tartamudea: “Hemos nacido de la muerte”, y surge también vinculado a la satisfacción del deseo “que el demonio les había inspirado” cuando exclama: “Ríndete a tu hermano en la muerte”, expresión con la cual se alude en el contenido manifiesto al fallecimiento de la madre, ocurrido durante el parto de ambos hermanos gemelos, y más profundamente a una fantasía inconsciente que homologa el orgasmo con una entrega erotizada a la muerte.

El carácter demoníaco aparece como contrafigura de lo divino, como dos experiencias diferentes frente a un mismo contenido ideal, sagrado y persecutorio, cuando Wiligis, “abandonado por Dios”, satisface “el deseo que el demonio les había inspirado”. Las palabras de Sibylla: “Murió hoy y está allá abajo en el féretro. ¡Déjame, la noche pertenece al muerto!”, señalan inequívocamente el intento de mantener aletargados los impulsos que vinculan al incesto con la muerte, que aparecen en “la noche” y que le impiden dormir. Podemos pensar que la actitud de Wiligis, cuando “conmovido por la muerte de su padre [...] entre mil ilícitos besos entró en el lecho de su hermana”, corresponde a la negación maníaca de sus temores.

Si bien Sibylla, al hablar “bromeando con una voz ahogada que excluía toda broma”, en su ironía, se acerca a esa actitud maníaca, por otra parte, expresa el horror que le provoca angustia, a través de su “voz ahogada”, de su pregunta “qué significa, hermano, esta lucha”, y de su referencia a “los lúgubres graznidos de las lechuzas que revolotean en torno de la torre”.

Vemos representados, en este breve fragmento, la excitación incontrolable, la amalgama libidinosa y tanática contenida en ella, el intento de elaborar esa excitación a través del pensamiento y de aletargar los contenidos de “la noche”, que deben permanecer en el “féretro” y frente a los cuales “tendidos, con los ojos abiertos, procuraban adormecerse cerrándolos con fuerza”. Nos encontramos entonces con la pregunta que expresa Sibylla: “Ahora tengo junto a mis labios tu dulce cuello. ¿Por qué no? Me gusta”. Ese “por qué no”, como ocurre en la vida cotidiana, representa una aceptación, enmascarada mediante la racionalización, de los impulsos, pensamientos o actos que intentan vencer la inhibición.

Las palabras con las cuales Sibylla continúa nos muestran el contenido latente de su horror y su placer frente al incesto: “Sólo te pido que no quieras separarme así las rodillas, pues estas siempre quieren estar absoluta y completamente unidas”. Estas rodillas unidas aluden al

encierro (narcisista) en la torre, que sólo puede ser vencido por alguien que, como Wiligis, su hermano gemelo, le ofrece una relación genital consanguínea y le expresa: “Dulce parte mía, amada”, satisfaciendo así, en la unión de los gemelos iguales, los deseos de unión narcisista expresados a través de las dos rodillas simétricamente idénticas que, “absoluta y completamente unidas”, custodiando el interior de su cuerpo, revelan el temor a la separación como un símbolo de la pérdida injuriosa del narcisismo primitivo. Es posible comprender así el carácter transaccional, defensivo, que posee el incesto frente a la profunda injuria narcisista contenida en la genitalidad exogámica, injuria que aparece simbolizada como un daño corporal a las rodillas “absoluta y completamente unidas” de Sibylla.

Un cuento de Sturgeon

En la obra de 2001 *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, escribimos:

Creo que, en rigor de verdad, existen dos tipos de escritores, que convocan, a su vez, dos tipos de lectores. Hay quienes escriben acerca de cosas que les interesan, de un modo indirecto, puesto que sus escritos son medios para alcanzar un fin ulterior que puede ser muy loable, como puede serlo, por ejemplo, el aprender y el capacitarse para algún tipo de tarea. Pero hay otros escritores y lectores que son, como lo dice Ortega y Gasset, “menesterosos” del conocimiento, que buscan con ahínco en cada frase una orientación para sus vidas. Entre estos últimos también los hay de dos tipos: unos auténticamente empeñados en demostrar algo falso impulsados por la tendencia a negar una realidad que les duele. Llevados por los avatares de sus necesidades momentáneas, recorrerán una línea oscilante desde una conclusión hasta su contraria, sin orden ni concierto. Otros, entregados al esfuerzo incansable de encontrar para sus vidas una orientación coherente, procuran pensar acerca de cómo viven y tienden a vivir de acuerdo con lo que piensan. Es claro que estos dos tipos son esquemas “puros” que se combinan en los hombres concretos en distinta proporción. Pero no cabe duda de que algunos escritores nos conmueven por su capacidad de perseguir una “verdad” que nos resistimos a pensar. Sturgeon es un claro ejemplo de esta clase...

El cuento de Sturgeon que ya hemos mencionado y que nos interesa comentar ahora fue publicado en 1967, veinte años más tarde de haber sido escrito. El mismo autor nos explica el motivo (Sturgeon, *El Soñador*, Ediciones Andrómeda, 1976): “Al seleccionar algún área más o menos inexplorada en la cual pudiera ejercitar esta técnica de un-paso-más-allá me encontré con ésta. Fue aproximadamente veinte años atrás, pero tuve que esperar hasta ahora antes de hallar acogida favorable para algo tan turbador como este tema. Les quedo, por supuesto, muy agradecido. Espero que la historia, ficticia como es, genere, sin embargo algunas discusiones fructíferas”. El cuento nos habla de la existencia de un planeta Vexvelt, con un clima muy apacible, cuyos habitantes, que viven en armonía, no conocen las guerras. La parte turbadora de la historia reside en que, entre los habitantes de ese planeta, el incesto forma parte de su sexualidad habitual. Entre las ideas que Sturgeon pone en boca de sus personajes, subrayaremos tres. Discute los motivos que se alegan (por ejemplo, descendencia defectuosa, parricidio o la justificación de los celos) como fundamento de la prohibición del incesto. Nos habla de que cada uno de los seres de los sexos opuestos puede hacer algo que habitualmente resulta incompleto, pero que cuando una parte encuentra su otra mitad, ningún poder puede volver a separarlas una vez que se han unido. Por último, también menciona la intensidad de la excitación, y que nadie se dañará si se mantiene dentro de los parámetros para los cuales fue diseñado.

A pesar de que los habitantes del planeta Vexvelt producen alimentos y bienes de calidad, y a un precio menor de lo que cuestan en otros planetas, ninguna de las civilizaciones de esos otros mundos quiere entrar en relaciones comerciales con ellos y, más aun, se comportan como si el planeta Vexvelt no existiera. Queda claro que la razón, implícita, reside en los hábitos sexuales de sus pobladores. Sin embargo, los excelentes productos de Vexvelt finalmente llegaban a los otros planetas a través de un subterfugio, porque otro planeta, llamado Leteo, se prestaba para oficiar de intermediario. Recordemos que Leteo era el nombre del mitológico río del olvido, y que hemos ya mencionado que el letargo (etimológicamente derivado de *lethe*, que significa ‘olvido’, y *argos*, que significa ‘inactivo’) es el recurso extremo que se utiliza frente a una excitación que se teme.

Por último, y lo más importante, los habitantes de Vexvelt conocían la cura del cáncer y, si bien también queda implícito, pero suficientemente claro, que esta se relacionaba con la cultura que permite el incesto, los habitantes de otros planetas preferían sufrir la enfermedad antes que vi-

vir tolerando un cambio cultural que les parecía horroroso. Sturgeon no sugiere, como podría parecer en primera y apresurada instancia, que la consumación del incesto sea la cura del cáncer, se limita a señalarnos que hay una relación entre la elaboración del horror al incesto y la elaboración de las condiciones insalubres que conducen al desarrollo de un cáncer.

CAPÍTULO IX

ACERCA DE LA CÉLULA QUE SE TRANSFORMA EN CÁNCER

Dos ideas principales en los puntos de vista de la biología celular

En el capítulo IV, nos ocupamos de los nuevos puntos de vista de la biología celular, de los cuales podemos decir, a grandes rasgos, que se centran en dos ideas principales. La primera de ellas es que las células mismas, y más aun, los organismos pluricelulares, son organismos que se han conformado a partir de la simbiosis de los representantes fundamentales de la vida, las bacterias anaerobias. Margulis y Sagan (*Microcosmos*) consignan que en el largo periplo de la vida en el planeta Tierra, que abarca un período de casi 4.000 millones años, durante los primeros 2.500 millones fueron las bacterias los únicos constituyentes de la biosfera. Hace 2.000 millones de años, comienza la fotosíntesis bacteriana y la acumulación de oxígeno en la atmósfera, y hace 1.300 millones de años que las bacterias se unen y se esparcen en la tierra como organismos compuestos. Recién en los últimos 800 millones de años aparecen los precursores de plantas y animales. Los primeros mamíferos y reptiles que ocupan los mares y el cielo aparecen hace 200 millones de años, y los primeros homínidos hace sólo 3 millones. Esto puede darnos una idea de los miles de años de experiencia que ha acumulado la evolución de la vida antes de emprender la aventura de la simbiosis pluricelular compleja que dio lugar a los grandes organismos.

Cuando Lewis Thomas, quien fue presidente del *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* en Nueva York y miembro de la Academia de Medicina, señala (en las palabras que usamos como epígrafe del capítulo IV): “Nuestros antepasados, los microorganismos, establecieron la mayoría de las normas y regulaciones para la convivencia”, se refiere precisamente a esa experiencia. Ya señalamos antes que el hecho de que un pequeño gusano, constituido por menos de mil células, y un organismo integrado por unos cincuenta mil millones, posean en su genoma un número sorprendentemente similar de genes, y que sólo el 1,5% de esos genes se “expresen” en la constitución de un organismo pluricelular tan complejo como un ser humano, podría tal vez significar que el genoma de cada ser viviente procure reunir esa “experiencia” de la biosfera entera. Nos interesa subrayar ahora que lo que habitualmente llamamos individuo, sea que pensemos en un ser humano, en un elefante o en una palmera, es el resultado de un “convenio constituyente”, simbiótico, de “otros individuos” (simbiontes) que aceptan una serie de normas y regulaciones (un “estatuto”) para poder constituir a esos grandes organismos integrados por muchos millones de células.

La segunda idea central que integra los nuevos puntos de vista de la biología y rectora de la disciplina que se denomina biosemiótica, enunciada en sus términos más escuetos, consiste en afirmar que el fenómeno comunicativo, integrado por el signo (o señal), su significado y el interpretante que “capta” el significado del signo, es inseparable de la vida en cualquiera de sus formas. Ya hemos señalado que la biosemiótica estudia (con el nombre de endosemiótica) los intercambios de señales que se establecen entre las células de un organismo pluricelular, tanto en el caso de la proliferación cancerosa como en los fenómenos inmunitarios por los cuales se “presenta” o se “reconoce” a un antígeno. También señalamos que una importante discusión, dentro de la biosemiótica, gira en torno de si debe aceptarse, para el caso de las células, lo que ya no se discute para los organismos más complejos: la idea de que la función de interpretante es “subjetiva”, lo cual implica alguna forma de conciencia, por rudimentaria que esta sea. Señalamos, además, que los criterios que establecen que esa diferencia entre una maquinaria molecular y un interpretante “subjetivo” debe ubicarse en el “umbral” que separa a una célula de un organismo pluricelular no resultan convincentes.

Acerca del individuo celular

Si volvemos ahora sobre la cuestión que Weizsaecker plantea (en las palabras que colocamos como epígrafe del primer capítulo), ¿es que una célula puede decir “yo”?, cuestión que también se halla contenida en la pregunta ¿hay alguien ahí?, vemos que un número importante de insignes biólogos y de no menos reconocidos biosemióticos contestaría afirmativamente ambas cuestiones. Sin embargo, más allá de esta respuesta afirmativa, si no aceptamos la idea que atribuye a la célula una vida subjetiva, debemos reparar en que la oncología actual (tal como lo hemos consignado en el capítulo III) sostiene el criterio de que las células cancerosas “adquieren” a través de mutaciones una ventaja de supervivencia (en términos darwinianos) frente a sus vecinas, y no cabe duda de que la tendencia a sobrevivir lleva implícita la intencionalidad “instintiva” que atribuimos a los seres vivos. Si abandonamos el prejuicio de que lo diminuto es simple y, a partir de los descubrimientos y progresos de la biología celular, nos formamos una idea de su complejidad y de las acabadas especializaciones funcionales que constituyen su estructura, dentro de la cual podemos reconocer los equivalentes de todos los “aparatos” que conforman un ser pluricelular “evolucionado”, nos daremos cuenta de que la idea de atribuirle una subjetividad y una conciencia a ese ser vivo diminuto no resulta en el fondo mucho menos comprensible que cuando lo hacemos con los organismos más grandes. Konrad Lorenz (en *La otra cara del espejo*) señala con respecto a la ameba que “si fuera tan grande como un perro, como dice el más eminente de todos los expertos protozoólogos, H. S. Jennings, nadie dudaría en atribuirle una vivencia subjetiva”. Estaríamos entonces dispuestos a concederle sentimientos y actitudes como la codicia o la astucia.

De acuerdo con la seis condiciones establecidas por Hanahan y Weinberg que mencionamos en el capítulo III, las células cancerosas: 1) “abandonan” su dependencia de las células vecinas, que son las que normalmente deberían desencadenar su crecimiento; 2) “no responden” a las señales inhibitoras que mantienen la regulación del crecimiento; 3) “evaden” las señales que deberían conducir las a la muerte programada (apoptosis); 4) “mantienen” la longitud de sus telómeros, evitando así el dispositivo “contador” que limitaría su potencial replicativo; 5) “inducen” el crecimiento de nuevos vasos necesarios para su supervivencia y su expansión; y 6) “se independizan” del “anclaje” y de la inhibición por

contacto con las otras células que las mantendrían en su lugar funcional normal, para “emigrar” a distancia e “invadir” otros órganos.

A estas seis condiciones, podría agregarse que parecen haber implementado los medios para evitar que el sistema inmunitario las destruya, recurriendo a veces, de un modo similar a lo que suele suceder con algunos virus, a variar su estructura para evadir el “reconocimiento” que iniciaría el ataque.

La respuesta a la pregunta que formulamos en el primer capítulo, ¿por qué se comporta de ese modo?, puede ahora ser alcanzada sin violentar el lenguaje de inevitable “tinte” subjetivo que, como hemos visto, utiliza la ciencia, cuya objetividad es irreprochable. Es claro que ese “tinte” subjetivo se usa de modo metafórico, pero la cuestión que subsiste es que debe de haber una razón para que ese lenguaje metafórico se haya generalizado y se use de un modo prácticamente inevitable.

Podemos decir entonces que la célula cancerosa se ocupa de su supervivencia y de la de su progenie “desentendiéndose” de los intereses del organismo pluricelular del cual antes formaba parte y en el que ahora “se aloja”. Si bien puede quedar claro que es eso lo que hace, nos falta todavía comprender por qué.

Retornemos sobre la idea de que un organismo pluricelular está constituido por un conjunto de células que se han reunido por recíproca conveniencia. El “estatuto” constitutivo de esa particular simbiosis determina que una parte de ese organismo, integrado por las células somáticas, servirá a la reproducción del plasma germinal que, mediante la fecundación de los gametos, es potencialmente inmortal. El conjunto de células somáticas, en cambio, es programado para encaminarse hacia la senectud y la muerte en un número de años que varía en cada especie. Los individuos pluricelulares mueren, el genoma de la vida perdura más allá de cuál sea la especie que transitoriamente lo transporta. Cada especie es el producto de la reactivación de una parte del genoma, y su vida es la puesta en obra del “estatuto” que la constituye. Así, de un modo semejante, es como nace en la fábrica el procesador central de una computadora (el *chip* que contiene la CPU), con una memoria y un conjunto de instrucciones de procedimientos efectivos (algoritmos) que sólo pueden “leerse” y no pueden “reescribirse” (ROM).

Mientras transcurre la vida de un individuo de una especie, lo que experimente cada día no desaparecerá en la medida en que lo grabe en su memoria (que sí puede “reescribirse”), o en la memoria de sus semejan-

tes del entorno, pero sólo lo que grabe en su propia memoria lo definirá frente a sí mismo como un particular individuo de su especie, y cuando muera, eso es lo único que morirá con él casi por completo. En otras palabras, es la pérdida total de la memoria de la propia vida lo que llamamos morir. Suele decirse que no es lo que sucede con los organismos sencillos y asexuales, porque en cada división celular la célula madre no desaparece, sino que “rejuvenece” en dos hijas, pero en realidad no sabemos si el “rejuvenecimiento” no implica la pérdida de la memoria de eso, individualmente vivido, que llamamos morir.

De pronto, una célula somática que (en virtud de un “convenio” simbiótico) había aceptado limitar su división replicativa a un número acotado —lo que implica envejecer y morir como parte de un particular individuo de una especie— “deshace” su convenio y “evade” su destino, para continuar reproduciéndose en una progenie de la cual decimos que es potencialmente inmortal. ¿Qué es lo que ha sucedido para que tal cambio ocurra? ¿Podemos sostener que la acumulación azarosa de ocho a doce mutaciones la han instalado “casualmente” en su proyecto anterior? ¿Su “cambio de proyecto” es absolutamente independiente de lo que ocurre en el organismo pluricelular del cual forma parte? Nos ocuparemos de este asunto en el próximo capítulo.

CAPÍTULO X

ACERCA DE LA PERSONA QUE DESARROLLA UN CÁNCER

El esqueleto psicodinámico del enfermo de cáncer

El primer malentendido que suele surgir frente a la lectura de *Una concepción psicoanalítica del cáncer* es pensar que afirmamos que quien se enferma de cáncer lleva dentro de sí una tendencia incestuosa intensa y anormal. Muy por el contrario, lo que decimos es que la primera condición para enfermar de cáncer reside en la persistencia (fijación) de una tendencia prenatal que corresponde al crecimiento embrionario, que constituye una disposición latente presente en todos los seres humanos, y que se satisface parcialmente desplazándose sobre las tendencias incestuosas normales que todos compartimos y que forman una parte constitutiva del carácter, adquirida en nuestra más tierna infancia. Aunque es claro que cuando se desarrolla un cáncer no es sólo por obra de esa primera condición.

El segundo malentendido, que es frecuente y se relaciona con el anterior, conduce a pensar que si se abriera paso a la tendencia y se llegara a consumir materialmente una relación genital incestuosa, uno podría evitar enfermarse de cáncer. Este segundo malentendido da lugar a un tercero que conduce a preguntarse cómo es posible que el cáncer se desarrolle en algunos animales que, como es el caso de los perros, mantienen habitualmente relaciones genitales incestuosas. El transcurso de este capítulo contribuirá seguramente a disipar también esos malentendidos, dado que si bien es lícito pensar que la materialización del incesto puede contribuir

a la descarga de la excitación que surge al reactivarse la fijación embriónica, no exime, forzosamente, de los “fracasos” que más adelante describiremos y que son los que determinan, en los seres humanos, la regresión que la reactiva. En cuanto a los animales, que podemos imaginar muy lejos de tales “fracasos”, tampoco se hallan tan lejos de los sentimientos depresivos intensos, de la desolación y del aislamiento comunicativo, tal como lo testimonian, por ejemplo, muchas experiencias con monos y perros. Nada tiene de extraño, ya que debemos suponer que en ellos también funciona una instancia superyoica; así lo sostienen Freud (en *Esquema del psicoanálisis*) y algunos episodios que, como el que a continuación se relata, no son infrecuentes: un señor entra en el living de su casa, donde lo esperan sus dos perros y, viendo que han orinado en la alfombra, los increpa a los gritos; mientras uno de ellos sigue impertérrito, el otro lo contempla cabizbajo y con la orejas gachas.

Tal como lo dijimos en el capítulo VII, pensamos que la segunda condición necesaria para que aparezca un cáncer consiste en un fracaso actual en la descarga de la excitación que corresponde a las últimas etapas de la evolución que una persona alcanza en el desarrollo de su sexualidad y, especialmente, en aquellos estadios que hasta ese momento de crisis funcionaron de manera eficaz. Debemos aclarar en este punto tres cuestiones que son esenciales. La primera es que la teoría psicoanalítica distingue entre sexualidad y genitalidad. El motivo de esa distinción radica en el hecho de que una misma excitación (cuya descarga genera placer) puede descargarse a través de las funciones de distintos órganos. Se trata entonces de una “sexualidad” que impregna las funciones del organismo entero y que sólo se denomina genitalidad cuando se descarga mediante la actividad genital. La segunda cuestión es que durante el crecimiento y el desarrollo se atraviesan etapas en las que una importante función adquiere una primacía sobre todas las demás, hasta el punto que todo el psiquismo queda teñido por ella. Así sucede, por ejemplo, con la etapa oral, y por ese motivo, como una alusión inconsciente a esa etapa, vemos muchas veces en los dibujos animados a un león con el cuerpo pequeño y con la boca desproporcionadamente grande. La tercera cuestión se refiere al hecho de que al hablar del último período de evolución alcanzado, no estamos sosteniendo que el fracaso actual en la descarga deba ser necesariamente genital, sino, por el contrario, afecta a la funciones de esa “última” primacía, que hasta ese momento se desempeñaba de manera eficaz, lo cual nos permite comprender que la segunda condición pueda

darse en los niños que, obviamente, no han alcanzado la primacía genital y también desarrollan un cáncer.

Forma parte de la segunda condición que la excitación insatisfecha intente descargarse siguiendo un modelo funcional anterior a la evolución alcanzada (lo cual en psicoanálisis se denomina regresión a un punto de fijación anterior), reactivando las formas cualitativas de la excitación que corresponden a la etapa prenatal correspondiente al desarrollo y crecimiento embrionario. Vale la pena aclarar que esta reactivación regresiva de la excitación, que corresponde a la que se descarga durante el crecimiento normal mediante la replicación celular asexual, adquiere un aspecto monstruoso como crecimiento desmesurado, anómalo y anacrónico. Además, dado que la descarga de esa excitación mediante el crecimiento, aun en las condiciones normales, toma por “objeto” al mismo organismo (lo cual denominamos narcisismo), cuando su reactivación “se observa” desde una fantasía genital, queda representada como si fuera una cópula hermafrodita. Es importante señalar que es la fuente primigenia del sentimiento de horror y que la vemos con frecuencia representada inequívocamente en los monstruos de ciencia ficción, como una masa amorfa, autofecundante e invasora que crece a expensas de todo lo que toca.

La tercera de las condiciones necesarias para el desarrollo de un cáncer se halla casi implícita en la segunda y consiste en la imposibilidad de derivar nuevamente, de manera progresiva, hacia otras primacías, la excitación “embrional” reactivada por la regresión. Si es necesario destacarla, es porque la etapa posterior al crecimiento embrionario (correspondiente a una fantasía hermafrodita y narcisista) que mejor lo representa es la relación oral con un “objeto” (la madre) que, dada su consanguinidad, está a mitad de camino entre el narcisismo y la relación objetal. De más está decir que esta relación oral con la madre y otras relaciones familiares infantiles, cuando se “tiñen” de una fantasía genital, quedan representadas como incestuosas. Es necesario además tener en cuenta que, en las condiciones “normales” que predominan en la sociedad, la finalidad genital “directa” de las fantasías incestuosas inconscientes queda “coartada en su fin” y constituye los vínculos caracterizados por la ternura o, “sublimada”, se convierte en las conductas amorosas que la cultura acepta. Es importante señalarlo porque cuando esos vínculos normales y entrañables, que satisfacen fantasías incestuosas inconscientes, merman o desaparecen, como producto de una muerte, un conflicto o un alejamiento

inevitable, el duelo suele generar la regresión que constituye la segunda condición necesaria para el desarrollo del cáncer.

La enfermedad y el enfermo

Si pensamos en la enfermedad de una parte del cuerpo, se trate de un cáncer o de una insuficiencia del páncreas, como algo que “enferma” a la persona entera, generándole las molestias y los sufrimientos que denominamos síntomas, nos damos cuenta de que una persona enferma establece inevitablemente una relación con su enfermedad, que incluye también su relación con el médico y con los procedimientos y medicamentos que la medicina le ofrece. Se abre aquí un tema interesante, cuyo desarrollo merece una especial atención, porque la enfermedad, con todo su entorno, suele adquirir en la vida del enfermo el valor de un “personaje” sobre el cual proyectará significados, muchos de ellos inconscientes, que dependen siempre de las huellas que la historia de su vida ha dejado en él. Debemos abandonar apenas mencionada, sin embargo, esta cuestión que atañe a esos significados “secundarios”, para dedicarnos a otro asunto que ocupa ahora una posición central.

Comencemos por recordar que el *Diccionario enciclopédico Salvat* (Barcelona, 1986) define al carácter como el “conjunto orgánico y dinámico de las características básicas de un individuo, que configuran la estructura de su personalidad y determinan su comportamiento y actitudes”. Freud sostiene que el carácter se forma por identificación con las tendencias pulsionales inconscientes, por una reacción contra ellas (que proviene del superyó o de la influencia de los padres y otras personas del entorno) o por la sublimación de esas tendencias. A partir de esas ideas e investigando en enfermedades distintas, describimos en varios trabajos algunas modalidades particulares del carácter, como por ejemplo, el carácter hepático, el diabético o el cardíaco.

Lo que nos interesa destacar es que la relación entre la neoplasia que denominamos cáncer y el carácter de la persona que se enferma de cáncer (o que está “predispuesta” a padecer la enfermedad) puede concebirse (tal como sucede con otros trastornos) como una interfase o “superficie de reflexión” que nos permite decir que la enfermedad y el carácter del enfermo se reflejan recíprocamente. Si aceptamos, desde el psicoanálisis, que la “zona” enferma de cáncer satisface de un modo insalubre una tendencia inconsciente que no ha encontrado su camino normal, nos damos

cuenta de que lo esencial reside en que “el resto” de la persona enferma (tal como lo postula la teoría psicoanalítica acerca de la formación del carácter) se identificará con esa tendencia, reaccionará contra ella o, en el mejor de los casos, la sublimará.

Aunque carece de sentido, como sucede con el famoso ejemplo de la gallina y el huevo, preguntarse cuál de los dos apareció primero, porque ambos son un producto de un mismo proceso que evoluciona en el tiempo hasta su forma actual, no es menos cierto que el carácter “canceroso” (como sucede con los citados ejemplos del hepático, el diabético o el cardíaco) puede constituirse sin que necesariamente llegue a desarrollarse la correspondiente enfermedad “local”.

Hacia una teoría que se expresa en un lenguaje cotidiano

Si queremos “devolver” al esqueleto psicodinámico del enfermo de cáncer —que hemos descripto en los términos teóricos que forman parte de lo que en el psicoanálisis se denomina metapsicología— la vida que se asocia con la carne, debemos traducir esos términos a los que utilizamos en el lenguaje cotidiano y, si lo hacemos con cierta disciplina, lejos de abandonar los parámetros de un pensamiento teórico, ingresaremos en un campo que, tomando por objeto a los fundamentos de las historias sobre sucesos en el mundo de lo humano, configura una metahistoria.

En el capítulo VII decíamos:

Las observaciones realizadas consolidaron de forma progresiva la convicción que despierta esta teoría y nos han permitido encontrar, repetidamente, en el momento de la vida de los pacientes en que la enfermedad cancerosa se desencadena, un tipo particular de fracaso. Se trata, como dijimos antes, de un fracaso constituido por la pérdida de la satisfacción que, si bien corresponde a los deseos inconscientes propios de un vínculo incestuoso detrás del cual se oculta una excitación hermafrodita, es una satisfacción hasta entonces obtenida (en la inmensa mayoría de los casos) mediante la sustitución de los fines directos (genitales), pero no de los objetos consanguíneos. Este tipo de fracaso rara vez está ausente entre los enfermos de cáncer, sin embargo, dicha ausencia no es incompatible con la teoría que planteamos. Como acabamos de ver, esta teoría concibe otras

maneras de alcanzar la regresión y la reactivación narcisista necesaria para la aparición del cáncer.

En los últimos años, nuestro interés por la investigación que denominamos “metahistórica”, porque se centra en la “sustancia argumental” que “genera” las historias, fue cubriendo de carne nuestro esqueleto teórico metapsicológico y nos condujo hacia una práctica psicoterapéutica que, en el trato con el paciente, fue abandonando la jerga de la especialidad para expresarse cada vez mejor en el lenguaje de la vida. En ese lenguaje podemos decir que la forma patológica del narcisismo esconde una íntima traición del amor a sí mismo. En los casos en que alcanza su extremo, es soledad, incomunicación, aislamiento, desinterés en los otros, falta de participación en la comunidad, falta de curiosidad en la vida, una pérdida del entusiasmo y del significado de los actos del vivir que desemboca en la hipocondría, en el temor a la ruina en el terreno de la salud o del dinero, en el tedio o en el sentimiento de vacuidad o de fracaso.

Si queremos profundizar en las vicisitudes que nos conducen a semejante desenlace, deberemos emprender un recorrido, que sin incurrir en la sequedad de un esquema, procuraremos que sea breve, sobre las carencias inevitables y fundamentales que otorgan a la “forma” de nuestra vida su imprescindible “relleno” de nostalgias y de anhelos.

Acerca de lo que nos “hace falta”

Hace poco, en la realización de dos trabajos que presentamos en diapositivas (“Entre la nostalgia y el anhelo” y “El camino de los sueños” en *Tres edades de la vida*), se nos hizo claro que en el transcurso de nuestra vida y a medida que pasan los años nos enfrentamos de maneras distintas con ese sentimiento muy particular que denominamos “falta”. Digamos, en primer lugar, que si bien llamamos “falta” a la concreta carencia de algo que “nos hace falta”, la palabra convoca un significado más rico, porque también llamamos “falta” a la distancia que nos separa de nuestros ideales o de las normas que nuestro superyó establece y, por consiguiente, una falta es también un acto indebido que nos genera una culpa.

Cuando en nuestra más tierna infancia, viviendo esa etapa de la vida en que nos alimentamos del seno materno, construimos los límites de lo que consideramos “yo”, lo hacemos, según postula Freud, de acuerdo con el principio del placer que nos condujo a considerar como “propio” todo

lo que nos agradaba y como “extraño” y “exterior” lo que nos disgustaba. La experiencia muestra que los remanentes de esa etapa nos acompañan durante muchos años, por eso cuando alguno de nuestros hijos nos enorgullece, solemos pensar “mi hijo”, pero cuando hace algo que nos desagrada, solemos decirle a nuestro cónyuge “mira lo que tu hijo ha hecho”. Cuando algo de nuestro cuerpo nos duele, no decimos “mi cabeza” o “mi estómago”, decimos “la cabeza” o “el estómago”.

Esa experiencia maravillosa en la que el pecho de nuestra madre, el objeto más importante de nuestra vida de lactante, y más aun, nuestra madre misma, con la suavidad y el perfume de su piel, con su sonrisa y con su mirada, es una parte indisoluble de nosotros mismos, tropieza pronto con la realidad inexorable de que no podemos dominarla cada vez mejor, tal como logramos hacerlo con las partes de nuestro propio cuerpo. Muy por el contrario, viene y se va, regida por una voluntad que no es la nuestra, y frente a la cual nos sentimos impotentes. Todo permite suponer que es esa la experiencia más dolorosa (exceptuando tal vez al trauma del nacimiento) de cuantas pueden quedar grabadas en los registros de nuestra memoria. Esa vivencia de que otro domina lo que creíamos una parte de nosotros mismos es el origen inconsciente del sentimiento que denominamos celos y, dado que se experimenta como una injuria, como una herida, como una verdadera mutilación que nos arranca algo que sentimos como una parte de nuestro propio “yo”, es también el origen del sentimiento que el psicoanálisis denomina, quizás inadecuadamente, “castración”. Se constituye de este modo nuestra primera falta, que “nos hace falta” desde entonces para sentirnos enteros, y a partir de allí llevaremos siempre el anhelo de un reencuentro con esa experiencia maravillosa que una vez vivimos y que creemos alcanzar cada vez que nos enamoramos o que sentimos una atracción genital irresistible.

Recordemos lo que (en *La vuelta de Pandora* de Goethe) le pregunta a Prometeo su hijo Fileros (el enamorado del amor): “Dime padre, ¿quién dotó a la forma del único, terrible, decisivo poder?”. De más está decir que las fantasías incestuosas se entretajan indisolublemente unidas con estos sentimientos que, surgidos en una época anterior al uso de la palabra, pertenecen a una prehistoria que puede ser deducida, pero no recordada. Esta imposibilidad de recordar interfiere con la renuncia y con el proceso de duelo que nos restituiría las energías que esas tendencias retienen.

Cuando necesitamos defendernos de la primera falta, solemos intentar, para sentirnos mejor, ubicarnos en el centro del mundo en que vivimos y convertirnos en el protagonista de su mejor historia. El hecho de que al desplazarnos en el espacio, siempre, de acuerdo con lo que vemos, ocupamos el centro de nuestro entorno nos ayuda a sostener la pretensión de mantenernos de un modo permanente en un rol protagónico. Es muy frecuente entonces que, cuando alguien hace algo valioso, sintamos envidia y tratemos de disminuirlo, de ignorarlo o de ocupar su lugar. Por eso a veces nos cuesta prestar atención a los méritos ajenos, valorarlos y disfrutar con ellos. Por el mismo motivo solemos sentirnos incapaces de percibir las necesidades de quienes nos rodean, y esto nos lleva muchas veces a sufrir pensando que son ellos los que no nos consideran. Con el protagonismo se compensa en parte lo que sentimos como una mutilación del ego, nuestra primera falta. Pero también descubrimos que nuestros semejantes nos disputan el centro del mundo que compartimos y el papel protagónico que pretendemos.

Cuando no logramos que nuestras hazañas susciten durante mucho tiempo la atención que nos coloca en el centro de la escena, se constituye nuestra segunda falta, y el dolor que esto nos produce conduce muchas veces a un duelo que suele dejar algunos remanentes. Si esos remanentes son muy importantes, el resto de la vida se experimenta como un fracaso que le hace perder su sentido. Las personas con las cuales nos relacionamos para tratar de evitar nuestra segunda falta suelen ser las que necesitamos para sostener nuestro protagonismo. Buscamos (como el nene que hace morisquetas) que nos presten atención, que nos admiren, que nos elogien, que nos consideren importantes y que nos aplaudan, como sucede con el actor y su público. La imposibilidad de recibir una atención privilegiada y duradera caracteriza a nuestra segunda carencia y es una de las fuentes principales que sostienen a la rivalidad, a los celos y a la envidia.

El surgimiento de la segunda falta es tan inexorable como en su hora sucedió con la primera. Es siempre difícil retener por mucho tiempo la atención del entorno. Forma parte de la esencia del protagonismo que el atractivo de una hazaña sea siempre efímero, como las noticias que ocupan la primera plana de los diarios, y en el momento en que cesa, reaparece, con la visceral sensación de un vacío, la falta. Intentamos entonces que las personas importantes que ahora ocupan el centro del entorno en que vivimos reconozcan nuestros méritos y nos otorguen a su lado un lu-

gar destacado. Así, pensando ser “el elegido”, nos recuperamos en parte de no ser protagonistas, recibiendo “honores y medallas”. En este contexto, el reconocimiento significa aprecio.

Las personas por las cuales esperamos ser reconocidos contienen resabios (transferencias) de aquellas otras con quienes inauguramos o revivimos nuestra primera falta. ¿Acaso la palabra *reconocimiento* no evoca el “paraíso perdido” de la profunda experiencia compartida, por ejemplo, a través de la recíproca mirada, entre una madre y su bebé? Frente a esas personas, nos sentimos dependientes, tendemos a cumplir sus deseos como si fueran los nuestros, tememos su “mala cara” y anhelamos su sonrisa, porque pueden condenarnos o absolvernos, ya que “nuestro expediente radica en su juzgado”. En un cierto sentido, podemos decir que son las personas para quienes vivimos, ya que para ellas “nos arreglamos” y vestimos, sacamos fotografías de nuestros viajes y esperamos mostrarles nuestros logros y las cosas que adquirimos. Con ellas nos sentimos protegidos y tememos su repudio o su abandono, porque sin ellas nos sentimos desolados y desamparados. Con el fin de lograr el reconocimiento que anhelamos, dirigimos muchas veces nuestra actividad hacia los resultados que puedan complacerlas, y cuando esa actitud nos conduce hacia un sentimiento de inautenticidad con respecto a los fines que motivan nuestros actos, solemos perder la posibilidad de gozar de lo que hacemos. Pero sea cual fuere el reconocimiento que obtengamos, nunca será suficiente, y esto constituye nuestra tercera falta. Groucho Marx lo expresa de manera magistral diciendo: “No puedo formar parte de un club tan poco exclusivo como para que me acepte a mí como socio”. En otras palabras, si hay personas que nos “reconocen” y nos aprecian, es porque no nos conocen, o porque ellas mismas no son tan valiosas como imaginábamos. Las únicas que nos interesan son aquellas cuyo reconocimiento anhelamos, precisamente porque no lo obtenemos.

La evolución progresiva que nos conduce de la primera a la tercera falta, y la transferencia de importancia que entre ellas circula en distintas direcciones, es un proceso que durará toda la vida, pero que ya se alcanza en la infancia, y solemos llevar, sobre todo a la segunda y tercera falta, muy cerca de nuestra conciencia. A medida que nuestra vida transcurre, vamos elaborando parcialmente los duelos y aprendiendo a tolerar que nos “falte algo”, de lo que nos “hace falta”, y descubrimos entonces que cuando realizamos algo bien hecho y valioso, más allá de la búsqueda de reconocimiento o de nuestro afán de protagonismo (se trate de armar un

rompecabezas, construir una mesa o descubrir la penicilina), si la obra que realizamos logra alcanzar la meta que fue su motivo, nuestra vida “se llena de sentido”.

Recordemos que en el *Prometeo* de Goethe, el héroe ha desafiado a los dioses diciéndoles: “¿Podéis separarme a mí de mí mismo?”, y ante la pregunta de su hermano Epimeteo (el torpe soñador ocioso): “¿Cuánto es lo tuyo, pues?”, exclama: “¡Pues el círculo que llena mi actividad! Nada por debajo de él, ni nada más arriba”. Por esto, Rafael Cansinos Assens (en sus comentarios sobre la obras de Goethe) afirma: “Como paliativo por esas amargas, Prometeo sólo tendrá esa inefable alegría del creador que se mira en su obra”.

Aunque toda obra bien lograda trasciende y se origina “fuera” de nuestra existencia individual, en su ejecución participa una satisfacción narcisista. Freud señala ese mismo proceso cuando (en *Introducción del narcisismo*), refiriéndose a la movilización de lo que denomina estancamiento hipocondríaco, transcribe los siguientes versos de Heine: “Imagino a Dios diciendo: ‘La enfermedad fue sin lugar a dudas la causa final de todo el impulso creador. ¡Al crear pude recuperarme! ¡Al crear alcancé la salud!’”.

La realización de una obra valiosa, por pequeña que sea, compensa los sufrimientos que nos habían deparado la pérdida del protagonismo y el sentimiento de no haber obtenido suficiente reconocimiento, pero cuando por fin logramos esa satisfacción que nos consuela, descubrimos que lo que hacemos no puede ser fácilmente compartido con las personas que más nos significan, y los remanentes de las faltas anteriores recobran parte de su antigua fuerza. El dolor que esto produce nos enfrenta con un duelo que también deja remanentes. Esos remanentes, cuando son importantes, nos conducen a la carencia afectiva que se siente como desolación y transcurre más cerca de la nostalgia que de los anhelos.

Así se constituye nuestra cuarta falta, que generalmente se acerca a la conciencia en la tercera etapa de la vida, y que solemos disfrazar con pensamientos que aluden a la vejez y que giran en torno de la idea de que lo que nos queda por vivir carece de atractivo. Las personas con las cuales en primera instancia sufrimos esa cuarta falta son aquellas con quienes hemos tenido una historia de vínculos profundos y duraderos.

Acerca de lo que el cáncer significa

En el capítulo VI decíamos que lo que impregna el alma del enfermo de cáncer es soledad, incomunicación, aislamiento, desinterés en los otros, falta de participación en la comunidad, falta de curiosidad en la vida; una pérdida del entusiasmo y del significado de los actos del vivir que desemboca en la hipocondría, en el temor a la ruina en el terreno de la salud o del dinero, en el tedio o en el sentimiento de vacuidad o de fracaso.

Es necesario que aclaremos enseguida que no siempre estos sentimientos ocupan la conciencia de quien los lleva ocultos en la intimidad de su alma. Muy por el contrario, suele ser muy frecuente que el cáncer aparezca en una persona que huye de sus carencias refugiándose en una intensa actividad que parece “llenar” su vida de un modo satisfactorio. Otras veces, la enfermedad lo alcanza cuando, a juzgar por lo que vemos, disfruta apaciblemente de su jubilación.

La etapa de la vida en que el cáncer es más frecuente coincide con aquella en que la cuarta falta adquiere mayor vigencia, pero, más allá de esa coincidencia, importa reparar en el hecho de que los sentimientos que caracterizan a esa cuarta falta enriquecen nuestra comprensión de lo que encontramos indagando en el estado anímico que acompaña al desarrollo de un cáncer. Reparemos en que la cuarta falta se experimenta frente a las personas con quienes mantuvimos vínculos profundos y duraderos, en primera instancia, porque luego de sufrir el dolor que ocasiona la imposibilidad de sentirnos adecuadamente “comunicados” con ellos, sucede, en “segunda instancia”, que ese problema de comunicación o de empatía se extiende al resto de las personas del entorno, de modo que si bien “convivimos” en aceptables condiciones cordiales, llevamos a costas un trozo del alma que no podemos compartir con nadie y que crece con los años.

Una cuestión que colabora para que nos sintamos inmersos en esa cuarta falta es que todo aquello que funciona bien en nuestras vidas y en nuestras convivencias, lo que alimenta los vínculos de amor, enriquece nuestro espíritu e incrementa nuestro bienestar con el calor del cariño compartido, se asimila naturalmente y desaparece de la conciencia, como las funciones de nuestros órganos que trascurren sin trastornos. Esto no tiene nada de anormal, porque nuestra conciencia funciona con el preciso designio de ocuparse de todo aquello que, desde que se ha

convertido en algo que nos perturba, debe ser rescatado de los automatismos inconscientes para poder ser resuelto. Así vivimos nuestras relaciones laborales, el contacto con nuestros vecinos y conciudadanos, nuestras amistades, nuestras relaciones paterno-filiales, todos nuestros vínculos familiares y nuestro matrimonio: inmersos en la conciencia de la cuota total de sus dificultades, y sólo cuando esos vínculos merman o se deshacen, se nos hace plenamente consciente el bienestar que nos deparan.

Dada la magnitud pasional con que los afectos como la rivalidad, los celos, la envidia y la culpa nacen desde nuestras vísceras, agitándose con la fuerza que tienen los gigantes, nuestra convivencia sería insoportable si no fuera porque la necesidad de organizar y compartir la vida en las ciudades nos condujo a la cultura civil que denominamos civilización y que, en esencia, consiste en la incorporación de una capacidad para el “roce”, que lubrica la espontánea aspereza de nuestras relaciones. Sin embargo, ese trozo del alma “incomunicado” que llevamos a cuestas, sintiéndose víctima de la injusticia y del abandono, pugna por hacerse oír con la más ruda de las voces y conspira contra nuestros afectos cordiales y nuestra tolerancia, tentándonos con un aislamiento resentido que asume colores de venganza.

Estamos en el punto en que “ahora” y en cada uno de nosotros, si estas experiencias no obtienen alivio, puede desarrollarse un cáncer. Sólo nos falta comprender por qué, precisamente, ocurre ese crecimiento invasor y anómalo, y no cualquier otra enfermedad.

En el apartado “La enfermedad y el enfermo”, de este mismo capítulo, decíamos que entre la enfermedad y el carácter del enfermo, que se conforman mutuamente, existe una superficie de contacto y de “reflejo” que da lugar a tres distintas y posibles influencias: una identificación que asemeja el carácter con la enfermedad y la enfermedad con el carácter; una formación reactiva del carácter que lo convierte en la contrafigura de la enfermedad; y, en el mejor de los casos, una sublimación en el carácter de lo que la enfermedad significa.

Cuando nos ocupamos, en el capítulo anterior, de lo que sucede en la célula que se transforma en cáncer, concluimos en que esta se desentiende del proyecto comunitario y, emprendiendo un afán egoísta, intenta sobrevivir sin importarle el destino del organismo que “la aloja”, de manera que, en definitiva, perece con él. ¿Es acaso muy distinta la actitud del ser humano que, atenazado por el resentimiento que le produce la cuarta

falta, se siente un puro acreedor de la sociedad que lo “aloja” y con el derecho a no resistir a la tentación de, como suele decirse, “hacer la suya”?

Cabe agregar que muchas veces, cuando esta cuarta falta apremia con suficiente fuerza, se reactivan las faltas anteriores hasta el punto en que la primera recobra una vigencia inusitada que se concreta en una aventura erótica de atracción irresistible, que presenta inconfundibles semejanzas con la materialización del incesto. En este punto, el carácter y la enfermedad cancerosa se asemejan (o se identifican) en un mismo proyecto. Debemos destacar también que se trata de un proceso “egoísta” que (como exacerbación actual del individualismo que otrora fue un progreso) hoy tiene consenso, hasta el punto que nuestra civilización así se comporta con las otras formas de la vida y con el ecosistema del planeta que “nos aloja”.

Pero el carácter, cuyos fines deben seguir coincidiendo en algún punto con los del crecimiento anómalo e invasor, dado que el sistema inmunitario del organismo pluricelular tolera el desarrollo maligno, puede además desarrollar, como contrafigura, una formación reactiva, de modo que encontraremos enfermos de cáncer en los que predomina un carácter dulce y apacible, bondadoso y conciliador. Suelen ser amables y tolerantes con las personas de su entorno, mientras en el “foco” de su enfermedad arde una rebelión incontenible que avanza hasta la destrucción total.

Por fin nos encontramos con las formas del carácter que subliman el crecimiento anómalo e invasor. Aquí debemos distinguir entre dos posibilidades. La primera de ellas se asemeja a la conformación de un carácter reactivo, porque en ambas formaciones caracterológicas (la reactiva y la sublimada) debe subsistir una cierta “cuota” de identificación, dado que existe una “complicidad” inmunitaria con el tumor, y porque los rasgos del carácter, en el caso de la sublimación, se parecen a los que surgen de la reacción en contra de lo que el tumor representa, pero, claro está, existe una diferencia, ya que en la sublimación no se coartan los fines reaccionando “en contra” de ellos, sino que se los elabora, de modo que la bondad y la tolerancia ya no se superponen a una tendencia en conflicto que permanece activa, sino que se alcanzan mediante una transformación que las trasciende. De más está decir que esto puede influir en la evolución de una enfermedad cancerosa y, quizás, explicar por qué existen cánceres, histológicamente idénticos a los que conducen a la muerte, que se detienen muchas veces “misteriosamente” y sólo se los descubre en la autopsia de personas que han muerto por otras afecciones.

La segunda posibilidad en la cual se subliman las tendencias que suelen conducir al crecimiento canceroso reside en que el proceso sublimatorio se ejerza sobre los sentimientos correspondientes a la cuarta falta antes de que se manifiesten en la eclosión de un cáncer. Librémonos de la tentación que nos conduce a pensar que esa sublimación es un asunto fácil. Si así fuera, tal vez habría menos cánceres y, además, la vejez perdería la connotación de tragedia que tan frecuentemente la acompaña.

Aceptar que el mundo no es una permanente maravilla, pero que siendo el único que hay es, por lo tanto, el mejor posible, y que lo mismo sucede con quienes nos rodean, con aquellos que queremos entrañablemente, y con nosotros mismos, es la pendiente más abrupta que nos toca escalar y, para colmo, solemos contemplarla con claridad recién en los últimos años de la vida. Pero si bien hay dolores que no valen la pena que ocasionan, hay, por fortuna, otros que sí.

CAPÍTULO XI

RELATO DE UN FILM DE ISABEL COIXET

*¿Qué es poesía?
Me preguntaste un día
clavando en mi pupila
tu pupila azul.
¿Qué es poesía?
¿Y tú me lo preguntas?
Poesía... eres tú.*

Gustavo Adolfo Becker, *Rimas*.

David

David Kepesh, representado por el actor Ben Kingsley, es uno de los dos protagonistas de *Elegy*, el *film* dirigido por Isabel Coixet y realizado a partir de la novela *El animal moribundo* (*The Dying Animal*), de Philip Roth. La traducción de *elegy* es ‘elegía’, palabra que según el diccionario designa a una “composición poética, de género lírico, en que se lamenta la muerte de una persona o cualquier otro acontecimiento digno de ser llorado”, de modo que, como muchas veces sucede con los *films* extranjeros, su título en castellano, *La elegida*, no coincide con la traducción correcta del inglés.

David no es un hombre común. De contextura robusta y músculos bien proporcionados, aparenta tener unos 65 años. Una ligera barba y bigote rodean su boca y su mentón sin disimular su forma. Su cabeza,

completamente calva y rasurada, produce una impresión agradable. Su rostro, de rasgos varoniles, muestra una sonrisa tierna, que se refleja en sus ojos. Cuando lo vemos por primera vez, es en un canal de televisión. Lo entrevista un hombre de mediana edad, culto, inteligente y elegante (Charlie Rose). Sin lugar a dudas, se trata de un periodista destacado y, por el modo en que se dirige a David, nos damos cuenta de que está entrevistando a un personaje de valor reconocido, a raíz de un libro que acaba de publicar.

El diálogo que ambos establecen con soltura es agradable y ameno. Hablan de los orígenes puritanos de los Estados Unidos, y David se refiere a una agrupación de colonos que intentaron sostener una cultura hedonista en la cual regía una amplia libertad sexual, había alcohol, fornicación, música y blancos e indios bailaban juntos. Fue una cultura inmediatamente sofocada por el resto de la sociedad norteamericana, que los acusaba de “libertinos, orgiásticos y ateos licenciosos con una vida degenerada”. Entonces “se acabó la fiesta y nos convertimos en una nación de estrictos puritanos”. De este modo, “la felicidad sexual” fue eliminada hasta la década del sesenta, en la que “todo estalló” y se propugnaba “haz el amor, no la guerra”.

Todavía en los años cincuenta, para tener sexo “había que suplicar, meter mano o... casarse”. Como hice yo en 1960, dice David, y ante la pregunta “¿se arrepiente?”, contesta riéndose con embarazo: “Mucho. Es nuestro secreto, no lo cuentes, es entre nosotros”.

En la siguiente escena, vemos a David en su casa, amplia, confortable y con los signos inconfundibles de una vida espiritual. Se oye una música de Bach (el *Adagio* del concierto para piano en Re menor). Es de noche, está de espaldas, de pie, mirando por una ventana. “Oímos” sus pensamientos: “Creo que fue Betty Davies quien dijo: ‘la vejez no es para mariquitas’. Pero Tolstoi dijo: ‘la mayor sorpresa de la vida es la vejez’. La vejez te acecha, y de pronto te preguntas, me pregunto: ¿por qué los viejos no se portan como viejos? ¿Cómo es posible que siga metido en los aspectos carnales de la comedia humana? Porque en mi cabeza no ha cambiado nada”, dice (o mejor dicho, “piensa”), mientras afuera, copiosamente, llueve...

Consuela

La siguiente escena es en la universidad, donde vemos entre los alumnos que circulan con sus libros y carpetas a la actriz Penélope Cruz (que representa al otro protagonista), caminando ensimismada, mientras la voz de David en *off* nos dice: “Se llamaba Consuela Castillo y era alumna mía”. Luego, en el aula, David inicia su primera clase del curso de Crítica Práctica, mientras Consuela, sentada en el centro de la primera fila, lo mira intensamente. David comienza su clase.

Un libro se convierte en un libro diferente cuando uno lo lee. ¿Por qué? Porque al leerlo siempre le aportamos algo, y si lo leemos diez años después, vuelve a cambiar, porque uno ha cambiado. “La belleza está en el ojo del que mira”.

Allí continuamos “oyendo” los pensamientos de David: “Siempre he sido vulnerable a la belleza femenina. La señorita Castillo –nos dice ahora la voz de David en *off*– era diferente. Su postura era perfecta. Y se vestía como una socia joven de un prestigioso bufete [...] Sabe que es guapa, pero no sabe qué hacer con su belleza”. Entonces, David le dice: “No, no tome apuntes, no vale la pena”. Ella sonrío y dice que no con la cabeza y con la mano, como si la hubieran atrapado en una falta. Mientras David continúa con su clase: “Una obra de arte te recuerda quién eres ahora”. La voz de David, siempre en *off*, nos aclara que desde que surgió la cuestión del acoso sexual no tiene ningún contacto privado con sus alumnas hasta que se gradúan, pero que una vez terminado el curso, organiza una fiesta en su casa para toda la clase, y que siempre es un éxito.

Estamos ahora en la reunión en la casa de David, llena de jóvenes que se ríen y conversan animadamente.

–Profesor Kepesh –le dicen dos alumnas bonitas–, lo vimos en la tele, estuvo genial.

Frente a un cuadro que encierra en su marco, detrás de un vidrio, una carta, se encuentran:

–Señorita Castillo.

–Hola profesor... ¿Es una carta de Kafka?

–Sí, una de las cartas que escribió a Milena, me la regalaron.

–Alguien muy íntimo.

–Alguien que fue íntimo, Castillo.

–Consuela. No estamos en clase, no seamos tan formales.

–Consuela –dice David.

Ella le devuelve una amplia sonrisa. Señalando el piano, continúa:

–¿Toca el piano?

–Sí.

–¿Tocaría una para nosotros?

–Demasiada gente, no podría –dice, incómodo, David.

En la reunión en la casa de David, ambos conversan aislados del resto. Nos enteramos de que Consuela es cubana, como toda su familia, y que es orgullosa y austera, como su padre. Que trabajó en un bufete de abogados y que no le gustó. Su padre quería que estudiara. David le muestra en un libro *La maja vestida*, de Goya, y le dice que se parece a ella. Consuela, complacida porque percibe el interés de David, le dice: “Los ojos, tal vez”. Poco después, mientras siguen comentando sentados en una escalera por donde la gente de la reunión transita, otra vez “oímos” los pensamientos de David: “Está bien que sea cubana y le guste mi clase, pero sigo hablando con ella porque quiero tirármela”. David la invita al teatro, y Consuela acepta.

Carolyn

David es muy amigo de George O’Hearn (Dennis Hopper), un reconocido poeta.

–¿Al teatro? –dice George–. ¿Por qué no la llevas a un baile?

–No entiendes –responde David–, esta chica es un retorno a otra época, hay que cortejarla.

–Creía que hablábamos de sexo –insiste George.

–Para ser un poeta con el Pulitzer, tienes muy poca imaginación.

–Por eso me dieron el puto premio –responde George.

David procura hacerle comprender que con Consuela desea algo más, y George argumenta que para eso tiene a su familia, que debería volver a casarse. “¡George!”, exclama David, y George insiste, “bifurcar tus necesidades, hablar con tu mujer, ir a museos, mirar todos los goyas que quieras, pero dejar el sexo aparte”. David le pregunta a George si él todavía habla con su mujer, y George, de mala gana, reconoce que no, y dejan de hablar para seguir jugando al *squash*.

En la próxima escena, David y Carolyn (Patricia Clarkson), su amante de hace muchos años, están en la casa de David. Ella es una mujer rubia de unos cincuenta años, con un cuerpo y un rostro todavía atractivos. Están en la cama, desnudos, en una relación genital en la cual ella, a hor-

cajadas sobre él, disfruta plenamente de un orgasmo. Luego, acostados, se abrazan y se besan cariñosamente. Ella enciende un cigarrillo, y él le dice que no debería fumar. Carolyn comenta:

–Me lo dices en esta cama cada tres semanas. Tengo mucho estrés. Llevo veinte años tratando de dejar de fumar. Desde la primera clase. ¡Dios! Tu clase me hizo fumar.

–¿Qué tal Chicago? –dice él.

–Cleveland –corrige ella–. Chicago fue la semana pasada, la próxima es Atlanta.

Cuando David, riendo, le dice que ella se parece a Gary Grant en *Con la muerte en los talones*, ella dice:

–Ríete. Prueba ser una mujer de negocios.

–Creía que te gustaba ser tu propia jefa.

–Me gusta, sí, pero, ¡gracias a Dios por estos interludios!

Suena el teléfono, y David no contesta.

–Sólo una persona me llamaría a las dos de la mañana.

Se escucha una voz en el grabador de mensajes, es Kenny, el hijo de David: “¿Recibiste mi *e-mail*? Tengo que hablar contigo, eh... debí suponer que no estarías... o tal vez estás escuchando bien arreglado, cómodo y abrazadito”. David comenta:

–Tiene 35 años y aún me odia.

–Bueno, lo abandonaste –dice, sonriendo, Carolyn.

–Huí de un matrimonio en el que me metí por miedo hace un millón de años.

–Es el precio de la liberación –dice ella.

–No, es el precio que paga él por ser el heroico defensor de la madre abandonada... Sólo uno podía escapar, y él no me lo perdona. ¿Es que las cosas no prescriben? Lo intenté, de verdad lo intenté. Cuando tenía doce o trece años, pasó un verano conmigo, lo llevé al béisbol... se pasó medio partido vomitando. Esta llamada es una vomitona y, ¿sabes lo raro? Ha triunfado. Kenny Kepesh, el respetado doctor. Mi hijo, el médico. Habla francés, es casado, con hijos, sólo conmigo vuelve a ser así. Lo siento, me pone furioso.

En ese momento, Carolyn toma de la mesa de luz dos entradas de teatro. Son de la función a la cual David irá con Consuela, y comenta:

–Creí que ya no hacías crítica de teatro.

–Esta parecía interesante –dice David.

Ella añade:

–Qué pena que estaré en Atlanta.

David miente:

–Iré con George.

El encuentro

A la salida del teatro, David la invita a tomar algo. Consuela vacila.

–No estoy acostumbrada a salir con famosos.

–Hablar de literatura en la tele y escribir críticas para el *New Yorker* no me hace muy famoso.

–No olvides tus atrevidos libros... *El origen del hedonismo americano* –dice ella.

David añade:

–Si no quieres que te miren, podemos ir a mi casa... Allí sólo te miraré yo.

Ella lo mira intensamente... Ha captado el significado de la propuesta, y luego de un instante de silencio, le dice:

–Si voy a tu casa, ¿harás una cosa por mí?

David no contesta, no es necesario, también él la mira intensamente y, levantando una mano, detiene a un taxi.

En la siguiente escena, en la casa de David, él toca el piano (*Variación Diabelli*, opus 120, N° 24 de Beethoven) concentrado en lo que hace y poniendo sentimiento en cada nota. Ella se sienta a su lado y lo observa dulcemente. Cuando finaliza de tocar, él comenta:

–Ha sido horrible.

Pero ella le responde:

–Estuvo bueno. Asombroso... Ojalá supiera tocar.

–Toma clases... Si supieras tocar, no te impresionaría yo...

–Ahora buscas elogios –dice Consuela–. ¿Esto es un metrónomo?

Y él añade:

–Es como un latido cardíaco. Hasta los grandes pianistas tienen el problema de la aceleración.

Mientras él detiene el metrónomo, ella le dice con dulzura:

–Eres un hombre encantador... Lo sabes, ¿verdad?

El siguiente comentario de David muestra su embarazo ante el acercamiento de ella:

–Si lo dices por el metrónomo, yo no lo inventé.

Se miran detenida e intensamente. Sus rostros están muy cerca, y si no se besan, no es por Consuela, es porque David no se atreve. Poco después, Consuela, con su espalda y su cabeza apoyadas en la pared, con los ojos cerrados, se mece envuelta en los sonidos de una música suave que David ha puesto en el reproductor de audio (*Variación Diabelli*, opus 120, N° 29 de Beethoven). Él se acerca con dos copas de coñac y “oímos” otra vez sus pensamientos: “¿Puede haber alguien tan encantadora sin habértela tirado?... Nadie”.

Recorren la casa y entran en un cuarto que se ilumina con luz roja.

—Mi cuarto oscuro... Antes revelaba fotos.

—¿Ya no?

—No tengo tiempo... Debí pasarme al digital, pero no entiendo ese rollo.

—Puedes hacerlo —dice ella saliendo del cuarto.

Ambos, sentados, miran en un libro *Las meninas* de Velázquez, y David acaricia con una de sus manos la mano de Consuela. Ella mira sus ojos, mientras él conmovido y serio, como si temiera cruzar un umbral que le produce incertidumbre, acerca su rostro al de Consuela. Ella permanece quieta, y con su mirada dirigida hacia abajo, espera. David toma su rostro entre sus manos y la besa suave y dulcemente. Consuela le devuelve el beso en una actitud de blanda entrega. Se oye un tema musical (*Gnossiennes* N° 3 de Erik Satie) que se repetirá luego en cada uno de sus encuentros amorosos. Así, lentamente, con la actitud de quienes se internan en un territorio desde mucho tiempo atrás anhelado, ambos se besan y se van desvistiendo, profundamente emocionados, como si en cada trozo de la piel y en cada caricia se les abriera un mundo...

Volvió por más

Después, en la mesa del café, George le comenta:

—Se iría a la cama contigo por curiosidad... Sí, para contar a sus amigas cómo es un hombre de nuestra edad visto de cerca. David, serio y reflexivo, agrega, con una sonrisa triste:

—Soy una nueva experiencia para ella, y vendrán más... Me recordará como el viejo que le dio cultura como propina.

—Eso suena bien... ¿Y tú lo atribuyes a eso? —pregunta George, a lo cual David contesta secamente:

—Sí.

George continúa, mientras sonrío:

–Deja de preocuparte por hacerte el viejo. Preocúpate por madurar...
Y da gracias por ese único encuentro.

La respuesta de David lo sorprende:

–No fue un único encuentro –le dice a un George que con el ceño fruncido e intrigado, le pregunta:

–¿Volvió por más?

En la escena siguiente, vemos a David y Consuela desnudos, en la cama, donde se besan y acarician prolongadamente. En una parte de la escena, mientras Consuela, tendida boca arriba y con sus brazos en alto, se entrega complacida a las caricias de David, él la besa hundiendo su rostro entre sus pechos turgentes y jóvenes. Continúan besándose en la boca con suavidad y pasión, saciando tiernamente en cada beso un apetito del alma. Poco después, todavía desnudos y sentados en la cama frente a frente, mientras Consuela lo mira intensamente, él acariciando suavemente su piel, le dice:

–Tienes los pechos más lindos que he visto.

Ella pregunta en un susurro:

–¿Te gustan?

Y él responde:

–Los adoro –y los besa suavemente mientras Consuela sonrío.

Luego agrega:

–Y tienes una cara hermosa... no puedo dejar de mirarla. ¿Sabes algo?
–continúa mientras le delinea con el dedo índice las cejas–. Eres una obra de arte.

–Una obra de arte... –repite ella, entre sorprendida e incrédula, mientras sigue sonriendo complacida.

Él toma su cara entre sus dos manos diciendo:

–Una verdadera obra de arte...

Y ambos se besan en la boca apretándose con fuerza, como si quisieran transformarse en uno solo.

Luego los vemos en la cama, adormecidos. Consuela abre los ojos, y poniendo una de las manos de David sobre su mejilla como si deseara que él continuara acariciándola, la besa. Pensativa, le dice:

–Háblame de ti... ¿Has tenido muchas mujeres? ¿Más de cincuenta?
¿O menos?

David, riendo, dice:

–Más... ¿Qué importa? ¿Y tú?

–No muchos.

–¿Cuántos? –Quiere saber David, quien, a su pesar, se ha puesto serio. Consuela finge contar muchos con sus dedos y luego dice:

–Cinco... cinco novios.

–Ya veo –agrega David.

La conversación continúa en la cocina, donde se sirven un vaso de vino, y David vuelve sobre el tema.

–¿Quiénes eran? ¿Eran más jóvenes que yo?

–Pues claro que eran más jóvenes –dice ella–. Eran chicos. Nuevamente en la cama, mientras David intenta sostener una sonrisa, Consuela pregunta:

–¿Quieres que te diga lo más extremo que he hecho?

–Bueno.

–Una vez me fui a la cama con dos tíos.

–¿Dos a la vez?

–Éramos amigos de la infancia y una noche acabamos así... Los tres estábamos borrachos y acabamos en la cama.

David, serio, le acaricia la espalda, esta vez, con el dorso de la mano, y pregunta innecesariamente:

–¿Los tres?

Consuela agrega:

–Cuando tienes diecisiete años haces muchas cosas para sentir que avanzas.

David, queriendo sobreponerse a lo que siente, dice:

–Cierto.

Mientras Consuela se viste, David, desde la puerta del dormitorio, con una taza en la mano, la mira enamorado.

Los celos

Poco después, mientras la cámara filma a David en una nueva entrevista televisiva, oímos otra vez sus pensamientos: “Consuela... He dedicado mi vida a la independencia y lo he logrado, pero en aquel momento nacieron unos celos terribles, y me di cuenta de que nunca, nunca jamás la poseería. Me angustio si no hablo con ella y me angustio después de hablar”. David la llama por teléfono y le comenta:

–Terminé pronto. Ha ido bien –pero enseguida agrega–: ¿qué llevas puesto?... ¿Dónde estás?

Luego, mientras la espera en la calle, oímos de nuevo sus pensamientos. “Era sólo cuestión de tiempo que uno más joven se la llevara”, pero ahora, además, vemos las escenas que se imagina, Consuela, sonriente, que corre y se abraza con un hombre joven que la besa. “Porque yo había sido ese joven, y lo habría hecho”, continúa pensando. Llega Consuela y corre hacia él, se abrazan e inmediatamente David le toma con ambas manos su cara, la mira y luego la besa, como se mira y se besa algo que se teme perder.

De nuevo en el café con George, cuando su amigo le pregunta:

—¿Te hace sentir joven?

David le contesta:

—Es como jugar al fútbol con niños... No te sientes joven. Notas la diferencia cada segundo del partido.

—Tienes que dejarla —dice George—. Estarás siempre atado por esa chica. Tarde o temprano te dejará. Es mejor adelantarse. Llévala a un sitio romántico y dile que se acabó. Eso haría yo. David, preocupado, asiente.

En la próxima escena estamos frente al mar. Es invierno. Consuela y David, abrigados, caminan por la playa. Ella dice:

—Mis padres hablan de sitios adonde querían ir. Tienen dinero para ir adonde quieran, pero dejar Cuba fue su primer y último viaje. No quiero que mi vida sea así.

—Deja que te lleve a sitios —dice David, mientras lo oímos pensar: “¿Qué coño dices? La trajiste para terminar”.

Consuela pregunta:

—¿Adónde iríamos?

Y él responde:

—Podemos ir a París, a Roma, a Madrid. Podemos ir al Prado y ver los velázquez y los goyas.

—¿El Prado? —dice ella—. ¿Va en serio?

—Claro que sí. Y terminaríamos en Venecia. Te encantará Venecia.

Ella, echándole los brazos al cuello, añade:

—Y me llevarías en góndola...

Y cuando David le contesta:

—Quizás.

—“Quizás”. Tu palabra favorita —dice ella.

El diálogo prosigue mientras ambos sonríen:

—Te cantaré en una góndola.

—Ya veremos.

Caminan hacia el mar. Él adelante, ella lo abraza por detrás, y caminan avanzando sus piernas izquierdas y derechas a la vez.

–El monstruo de dos espaldas –dice él–. ¿De dónde es esto?

–William Shakespeare –dice ella, y él agrega:

–Otelo, el moro de Venecia, y este es el monstruo de cuatro piernas.

Luego pregunta:

–¿Dónde vamos a cenar?

–No puedo. Esta noche salgo.

–¿Sí? ¿Con quién?

–Con mi hermano. Vamos a bailar a Kalimas.

Mientras vuelven al auto, David comenta:

–Tu hermano... Nunca hablaste de un hermano.

–Hay muchas cosas de mí que aún no sabes...

Ella sonríe, él le abre la puerta del auto, ella dice: “Gracias”. Hay algo tenso entre ellos. Cuando llegan, ella le acaricia la cara y le dice que lo pasó muy bien. David, cortésmente, agrega: “Yo también”.

Consuela se despide dándole un beso en la boca que él le devuelve. Cuando ella desciende, David, no puede dejar de preguntarle:

–¿De verdad vas con tu hermano?

Ella exclama:

–¡David!

Y él se apresura a decir:

–Era una broma.

Solo, en su casa, otra vez “vemos” sus pensamientos. Se imagina que un hombre joven la abraza y la besa, mientras Consuela, excitada, le devuelve apasionadamente los besos. Poco después, acostado en su cama, vestido y con una mano en el pecho, piensa: “Las noches que no está conmigo, estoy deforme, pensando dónde estará”. Nuevamente la imagina intercambiando besos y caricias con otro, y luego, mientras se ducha, piensa: “Y todo porque esta chica me dirá mil veces que me adora, y lo dice en serio. Nunca me dirá que anhela mi polla”. La imagen de Consuela excitada en los brazos de otro hombre continúa. David se acerca a su piano, abre la cubierta del teclado y la vuelve a cerrar. Se mira en el espejo y se dice a sí mismo: “¡Calma!”.

Por fin, sale, toma un taxi y se dirige a Kalimas.

Se introduce en la pista de baile, y de pronto se ven. Ella deja a su acompañante y se dirige hacia él. David, sonriente, le dice:

–¿Qué tal?

Consuela, incómoda, le pregunta:

–¿Qué haces aquí?

–Iba a ver a un amigo que vive por aquí, ¿cómo te va?

–¿Qué pasa, has venido a vigilarme?

–Ya te lo he dicho, andaba por aquí y vi este sitio...

–¿Quieres estropearlo todo?

Se miran seriamente.

–No –dice él.

–Pues empieza a confiar en mí –le contesta ella, y se vuelve para ir al encuentro de su compañero.

David agrega:

–Te llamaré mañana.

–No, yo te llamaré –dice Consuela, y se va.

En la siguiente escena, David y George conversan en un baño turco. George se ríe, David le dice:

–No he sido tan idiota ni cuando tenía su edad. Lo bueno es que al fin se acabó. Ya no querrá verme. Y la entiendo. Ni yo querría verme si fuera ella.

Ambos se ríen.

–Más vale –dice George.

–Sí, más vale –repite David.

El planteo

Poco después, suena el teléfono en la casa de David: “David, soy Consuela”.

Se encuentran en un bar, y ella le dice:

–Estos días estuve pensando en lo nuestro.

–¿Qué has pensado? –responde David mientras piensa para sí: “Que se acabó”. Pero Consuela le pregunta:

–¿Qué quieres de mí?

–¿Qué quiero de ti?

Ella prosigue:

–Te pasas la vida con relaciones, sin nunca atarte a nadie.

Él, en silencio, se cruza de brazos.

–Al menos me gustaría saber qué soy yo para ti –dice Consuela.

David no sabe qué decir. Ella se fastidia:

–Que seas celoso y posesivo no me ayuda nada.

David, incómodo, lleva su copa de vino a la boca.

Ella continúa:

–Los niños tienen celos de sus juguetes hasta que se cansan y quieren otros nuevos... ¿Así va a ser con nosotros? ¿Has imaginado alguna vez... un futuro conmigo?

–Un futuro contigo me asusta –dice David.

–¿Te asusta?

–Sí.

–¿Por qué?

Él se acerca, suspira, y le dice, buscando las palabras:

–Porque... hay una diferencia de treinta y tantos años... entre tú y yo y... tú tienes la vida por delante y... tarde o temprano te darás cuenta...

Ella le responde:

–No te pregunté qué haré yo, sino qué quieres de mí.

En la escena siguiente, David y Consuela, desnudos en la cama, se acarician y se besan con un deseo apasionado que esta vez está exento de sonrisas. Nuevamente oímos los pensamientos de David: “Cuando haces el amor te vengas de todas las cosas que te derrotaron en la vida”.

Están juntos. David toca el piano (*Gnossiennes* N° 3 de Erik Satie). Consuela, desnuda con los zapatos puestos, tendida en un diván cercano, lo contempla plácidamente. Luego, de nuevo en la cama, David apoya su cabeza en el pecho de Consuela y piensa. “Me pasé la vida saltando de una relación a otra porque así creía que no estaba solo, y que el tiempo no pasaba”. Más tarde pensará que cuando Consuela le preguntó: “¿Qué soy yo para ti?”, él tuvo miedo de preguntarle qué era él para ella.

El disgusto de Carolyn

Carolyn regresa con flores y con una sonrisa, y David la recibe pensando: “Gracias a Dios por Carolyn” (con música de fondo de Al Lerner, *Loneliness Ends with Love*).

Ella se desviste, seductora y todavía apetecible. Su cuerpo, delgado y elegante, deja ver sin embargo las flacideces que la vida le dejó. Pero David no piensa en eso, piensa: “Carolyn es mi único contacto con el que yo fui”.

Más tarde, aún en la cama, él lee el diario, y ella, que se ha puesto una bata, desayuna.

–Tengo que irme.

–Huyes –dice David.

–Justo como nos gusta –responde Carolyn.

–Menos mal que no tienes mascotas.

–Solo tú –dice ella.

Se besan superficialmente en los labios, ella no ha dejado todavía de masticar lo que comía y se dirige al baño. David recuerda una última escena con Consuela, en la cual los celos lo llevan a comentarios y actitudes desagradables, casi ridículos, que lo fastidian y avergüenzan. De pronto oye a Carolyn

–¿Qué es esto?

–¿Qué?

–Esto –repite Carolyn mientras le muestra un tampón que ha traído del baño–. Te estás tirando a otras... Tuve dos maridos que follaban con otras. No me gustaba entonces y no me gusta ahora... y menos contigo. Conmigo lo tienes todo. Puro sexo, ni agendas ocultas ni situaciones molestas. ¿Cómo me haces esto? No hay muchas como yo. Yo te entiendo. Hay una en un millón. Cómo puedes tirarte...

David está consternado, comienza diciendo que no sabe de quién es el tampón y luego inventa una mentira ridícula, acerca de haberle prestado su casa a George, que Carolyn no cree. Por fin repite:

–No sé de quién es el tampón... Tienes que creerme –y añade, lleno de temor–. Eres mi único asidero.

La voz en *off* de David comenta: “En eso al menos decía la verdad”, y Carolyn debe haberlo comprendido, porque su enojo disminuye.

En la escena siguiente, de nuevo en invierno, David y Consuela están en la playa. Ella duerme sobre la arena, él le toma fotografías. Consuela abre los ojos y le pregunta:

–¿Ronco?

–Peor... te babeas.

–No es verdad.

Más tarde, en el café, George sentencia:

–Las mujeres guapas son invisibles.

David, que recuerda a Consuela, pregunta:

–¿Qué quieres decir?... Una mujer destaca... No puedes perdértela.

–Pero nunca vemos a la persona. Vemos la bella máscara. La belleza nos bloquea –afirma George, mientras David sigue recordando a Consuela en la playa besándolo, que traviesamente le dice:

–Estás sordo... o tal vez no quieras oír.

George insiste:

–Sí. Estamos tan deslumbrados por el exterior, que no vemos el interior.

Quiero que vengas

Más tarde, en el cuarto oscuro, David y Consuela revelan las fotos. Ella le pregunta:

–¿Siempre trabajas en blanco y negro?

–Casi siempre... Me gusta la teatralidad.

–¿Así ves el mundo?

–No. Eso queda para mi hijo.

–Siempre hablas de él con amargura... En mi familia, eso sería muy raro.

Luego salen a comprar alimentos y ven en la mesa de un café a George, besándose con una mujer bonita.

–¿No es ese tu amigo el poeta?

–Sigue.

–Esa no es su mujer.

–Exacto.

–Qué asqueroso.

–No es asunto nuestro.

–Y, ¿ya está?

–No lo discutamos aquí.

–¿A ti te parece bien?

–Te estás precipitando.

–David, soy más joven que tú, pero no soy una niña.

–En cualquier caso, no es asunto nuestro.

–Ya lo has dicho, pero tú, ¿qué piensas?

–Pues... pienso que el matrimonio es una institución problemática.

–Por eso no tienes esposa.

–Por eso no la engaño.

–Pero estuviste casado.

–Sí, sí... Sí, sí, sí... ¿qué quieres que diga? Estuve casado... fue un error.

–¿Te esforzaste? ¿Lo intentaste de verdad? De donde yo vengo...

–Ya sé, “las reglas son diferentes”... Pero no es así.

–Eres un cínico.

–Soy realista.

–Me pareces infantil.

–Seguro tienes razón.

“Así seguimos más de un año –dice David desde una voz en *off*–, como en la montaña rusa... y, como todo viaje, tarde o temprano se acaba”.

Vemos a Consuela y a David en el restaurante, y ella le pregunta:

–¿Qué haces el domingo próximo?

–¿Qué pasa el domingo?

–Mis padres me dan una fiesta por mi graduación... Me gustaría que vengas.

Él la mira y no dice nada.

–David, llevan un año y medio preguntando por mi hombre misterioso... No viniste a mi cumpleaños.

–No me invitaste.

–Te invité en Navidad, y tenías planes... Te invité en Acción de Gracias, y no podías.

–Es verdad, no podía.

–David..., quiero que conozcas a mi familia..., pero no insistiré... Quiero que digas que sí porque lo quieres.

Consuela baja la cabeza y se tapa los ojos con la mano, apenada.

–Escucha –dice él–, escucha. Cuando vaya a tu fiesta, tienes que prometerme algo –Consuela sonríe–. No me saques los ojos de encima cuando vengan las tías cubanas en estampida hacia mí.

Poco después, Consuela lo llama por teléfono:

–Quiero darte las buenas noches y decirte lo contenta que estoy de que vengas, y lo importante que es para mí.

David contesta:

–Para mí también.

Pero cuando llega el momento y se dirige hacia la fiesta de Consuela con un ramo de flores, no puede hacerlo, no se atreve a enfrentarse con todo su ambiente ni con sus antiguos novios, que, piensa, estarán allí. La llama por teléfono desde el auto e inventa una excusa que ella no cree. Consuela, desolada, le pregunta:

–¿Por qué me haces esto? –Y cuelga el teléfono.

De regreso en su casa, David se mira las manos y se las retuerce. En el contestador telefónico encuentra un mensaje: “Te he visto en la tele haciendo del viejo que lo sabe todo. El que siempre sabe más. El que sabe qué leer y qué no. Todo sobre música y arte y... cuantísimo sabes... Pero yo intenté celebrar este momento importante de mi vida, y doy una fiesta

y quiero que vengas. ¿Por qué? ¿Por qué, Consuela? Porque tú lo eres todo para mí. De verdad. Pero no estás aquí... Y solo quería que supieras eso... Que te quería mucho. Muchísimo. Mucho. Mucho". El mensaje termina, y David lo ha escuchado respirando con dificultad.

Suena el timbre, y se apresura a contestar:

—¿Consuela?

—Soy yo, abre.

Es Kenny...

Si hago lo que tú, los destruiré

Kenny (Peter Sarsgaard) es un hombre de aspecto agradable, bien vestido, con el cuello desabrochado y la corbata un poco floja. Se lo ve angustiado.

—Hola. ¿Por qué estás a oscuras? —dice, encendiendo las luces. Y ya sentado, exclama—: Tengo una amante... ¿Me oíste?

David se asombra...

—¡¿Tú?!

Kenny le responde:

—No dices nada...

—¡Enhorabuena!

—¿Enhorabuena? Muy gracioso.

—Perdona. No sé qué decir.

Kenny dice:

—Es horrible. ¡Estoy destrozado!

—Creí que estabas felizmente casado.

—Y lo estoy.

—Pues... no sé si es del todo cierto. Ahora mismo no pareces muy feliz.

—No lo entiendes.

—Kenny... intento entender. ¿Por qué vienes? ¿Porque soy un experto?

—No tengo con quién hablar.

—Perdona. ¿Qué vas a hacer?

—No sé.

—¿Quieres beber algo?

—¿Qué tienes?

—Glenfiddich, Bourbon, vodka, Cointreau, Grand Marnier, Armagnac...

—No, Coca Light... No es una aventura irresponsable. Quiero a Lisa, y los chicos son mi vida.

–Bueno, conociéndote, lo más simple sería romper.

–No puedo. Esta mujer es... No se parece a nadie. Nunca me he sentido tan vivo. Y es una persona. Es... Estudió química e historia del arte. Toca el oboe, por Dios... Y sus chicos son fabulosos.

–¿Tiene hijos?

–Sí, tres... El pequeño Shawn...

–¿De qué hablamos? ¿De sus hijos o de tu adulterio?

–No digas eso.

–¿Cómo lo llamas tú?

–Hablas como Lisa. Simplificas una cosa complicada. Yo... yo me comprometo, no como tú, que te aterra el compromiso. No compares lo mío con tus ligoteos.

–¿Qué tengo yo que ver? –pregunta David molesto.

–Mucho. Y de todos modos, Dana no es una de tus fascinadas alumnas. David mira hacia arriba, controlando su fastidio.

–Si quieres mi consejo, Lisa no debe saber nada hasta que decidas.

–Lisa ya lo sabe.

–¡Ah! ¿Por qué demonios se lo dijiste?

–¿Quieres que le mienta?... Dios. No sé para qué vine. No sé como ibas a ayudarme. Sólo que tal vez... esperaba que pudieras relacionarte como padre, por una vez.

–No sé cómo relacionarme contigo. Eres tan superior moralmente. Ni nuestros adulterios pueden compararse. La tuya toca el oboe. ¿Qué tengo yo? Seguro que escribe poesía, ¿y sus hijos?

Kenny le dice enojado:

–Eres un gilipollas.

Y David prosigue:

–Pero si estás comprometido, tendrás que dejar tu matrimonio.

–No puedo. Si los dejo... Si hago lo que tú, los destruiré.

–¿Por qué? Tú sobreviviste. Tu madre sobrevivió.

–¿Intentas decirme que hiciste lo moralmente correcto al dejarnos?

Kenny se levanta visiblemente alterado, mientras David dice:

–Fui sincero.

–¡Dios! Me marcho.

–Ahí está la puerta.

–Vale, adiós.

–Adiós.

Tú lo aceptabas como era

Consuela no volvió a llamar. David huele el cepillo con el que ella se peinaba (como música de fondo se oye *Les Ondes Silencieuses*, de Cécile Schott). Se lo ve caminando entre la gente, en la calle, y sintiéndose solo, atrapado en sus recuerdos.

–Tienes que comer algo –le dice George, mientras le acerca una comida que él le ha preparado–. Tienes que salir de esa puta cama.

–Lo arruiné todo –dice David.

–No arruinaste nada. Llegó a su final natural. Eras su profesor, su gran experiencia de maduración. Lo sabías desde el primer día. Tenía que terminar tarde o temprano. Come.

–La echo de menos.

–Es fácil decirlo ahora que no está –replica George.

–La quería, George. Nunca sentí nada igual.

–Mejor tarde que nunca. Ahora, vuelve a la vida. Te sentirás mejor.

El tiempo lo cura todo...

Cuando David, conmovido por la solicitud del amigo, le dice:

–Algún día harás feliz a alguien...

George le cuenta:

–¿Sabes? Tras una vida de silencio y traiciones, Amy y yo... nos estamos encontrando.

–¿Tú y Amy? Tu mujer. ¿Estás bien?

–Sí, me siento bien.

–Es lo más increíble que te he oído decir –comenta David, y George agrega:

–Ya sabes. La vida te reserva más sorpresas de las que te imaginas.

–Sí.

–David, necesito un favor. Voy a hacer una lectura de poesía en la universidad y quiero que alguien me presente.

–George, entiendo que quieres distraerme, pero esto es pura terapia ocupacional.

–Va en serio. Quiero que me presentes en los términos más bochorosamente elogiosos a esos papanatas.

–Gracias por pedírmelo, pero no... no puedo escribir nada. Estoy acabado. No daré más clases, búscate otro.

–Me he pasado... haciendo de Horacio para tu mediocre *Hamlet*, escuchando tus miradas de ombligo, tus quejas sobre Kenny y sobre

mujeres que no se despegan... y por todo eso me los debes. Lo espero en nombre de nuestra amistad. Y ahora, come algo. Coño.

En la universidad, David termina su discurso de presentación frente a un público numeroso que aplaude calurosamente. Los términos son convencionales, pero él habla con soltura, y lo que dice es adecuado a la ocasión. Cuando George se levanta para dar comienzo a su lectura, se cae estrepitosamente ante la consternación de todos. Ha sufrido un accidente cerebrovascular. Días después, David lo visita en su casa. George, en internación domiciliaria, no está nada bien. Está con suero endovenoso y con los ojos cerrados. Amy le humedece los labios con un trocito de hielo. David, angustiado, le dice:

—George, soy Kepesh.

George lo mira extrañado, quiere hablar y no puede.

Amy dice:

—Estoy aquí, George.

George se incorpora y pone su cabeza en el pecho de Amy, pero no puede sostenerse en esa posición. Amy y George lloran, y él la besa apretando su boca sobre la boca de ella. David y Amy lo ayudan a recostarse en la almohada.

David se acerca y le dice:

—Te debo una.

George le toma la cabeza con una mano, lo aprieta contra sí y lo besa en la boca. Se vuelve a reclinar en la almohada y, en ese momento, muere. Poco después, afuera, en la galería, Amy le pregunta a David:

—¿Quién creería que era yo?

—Creo que lo sabía bien —le responde él, poniéndole una mano en el hombro.

—Eres muy amable... Tú lo aceptabas como era. Él apreciaba mucho eso.

—Él hacía lo mismo.

En el café, sentados en la barra, David le pregunta a Kenny:

—¿Adónde vas?

—Ya te dije, a Florida. A ver a sus padres...

—Esa chica...

—Se llama Dana...

—Tienes casi cuarenta años, no necesitas la aprobación de sus padres. Ella tiene hijos... ¿Ella quiere la aprobación de sus padres? Tú tienes la mía.

—Sólo quería que entendieras. Esto no significa que no quiera a Lisa.

—Kenny, ¿qué haces? Escapas de una prisión y te metes en otra de máxima seguridad...

—¿Por qué crees que el matrimonio es una prisión? —le dice Kenny.

—Porque cumplí condena... No fue por tu madre. Yo no servía.

—¿Esa es tu aprobación?

—Kenny, escucha. Soy tu único padre. El único que tendrás.

—Menudo consuelo...

—Sé que te he decepcionado, pero no eres un niño. Se te pasará. Si quieres que haya algo entre nosotros, pasa página... —y enseguida añade—: Perdona. Tengo un compromiso.

—No he terminado —dice Kenny.

—De verdad, tengo prisa.

—¿Qué es?

—El entierro de George.

—¿Tu amigo George?

—Sí.

—¿Ha muerto?

—Sí, tengo que irme. Ya terminaremos esto.

—Lo siento —dice Kenny y, por su actitud, se ve que es verdad.

—Llegué a la ciudad y vi la necrología —dice Carolyn.

—Dos columnas enteras. No está mal para un poeta —le responde David.

—¿Cómo lo llevas?

—No muy bien, pero mejoraré. ¿Cómo va todo?

—Seattle es genial para los negocios. Estoy agotada, pero me encanta... ¿En qué piensas?

—En nada... en que seguimos portándonos como adolescentes. Nos pasamos la vida persiguiendo... ¿qué? Cuando quedaste embarazada, abortaste. No era el momento. ¿Llegó alguna vez el momento?

Ella dice que no con la cabeza y agrega:

—Ni la persona adecuada.

Poco después, David, que necesita hablar con Carolyn, le dice:

—¿Recuerdas el tampón que encontraste? Era de una chica de la que me enamoré. ¿Qué posibilidades teníamos? Ella y yo. Ninguna. Después de un par de años ella se daría cuenta de que no había sitio en su vida para un hombre treinta años mayor. Nunca debió pasar nada entre ella y yo. Fue un error.

Carolyn, que lo ha escuchado en silencio, de pronto comienza diciendo:

–Me hago vieja, David. Los hombres ya no me miran igual. Hay mujeres de mi edad, muchas mujeres, que usan esas páginas de ligues en la Web. Te garantizan varios ligues al año. Y pagas por el silencio y por la misma conversación de siempre. Acabaré como ellas.

–¿Es posible que sea esta la primera vez que hablamos? –dice David.

–Bueno. Después de veinte años acostándonos, no está mal –contesta Carolyn sonriendo, y añade–: Conozco mucha gente que no lo hace en cuarenta años de matrimonio.

Se abrazan.

–¿A qué hora sale tu avión? Te llevo.

–No. Por qué empezar ahora.

David toca en el piano la fuga en Si menor de Bach. Esta vez toca utilizando el metrónomo. Un poco después mira por la ventana, y observa a una señora anciana que, en el edificio de enfrente, mira también por la ventana hacia la calle. Luego, en el cuarto oscuro, saca todas las fotos de Consuela que allí tenía colgadas. En el bar, adonde antes iba con George, está ahora solo, sentado en una mesa, con anteojos negros, mientras a pocos metros de distancia una pareja de jóvenes se besa. Oímos a la voz en *off* de David que dice: “Me centré en el trabajo”, y lo vemos dando clase. El asiento que usaba Consuela ahora lo ocupa una chica muy bonita que lo mira atentamente. La misma voz en *off* agrega: “Seguía preguntándome si estuvo bien no ir a aquella jodida fiesta suya”. Continúa la misma voz, mientras David entra solo en la cancha de *squash*: “Tardé dos años, pero superé la muerte de George. Hasta acepté la pérdida de Consuela. Recuperé el equilibrio y la independencia”. Y enseguida agrega: “¿A quién quiero engañar?”.

Ha llegado el invierno y las fiestas de fin de año. David entrevista, en un programa de radio, a la autora de un libro. Es una linda mujer, inteligente y simpática. David la trata amablemente, pero muy lejos de una actitud seductora.

Mientras la conversación gira en torno al hecho de que las personas que compran obras de arte piensan que son suyas, cuando en realidad es la obra la que posee a su presunto dueño, lo trasciende y lo sobrevive, David recuerda a Consuela y su mano sobre la cara de *La Maja vestida*.

Ahora me siento más vieja que tú

La gente festeja la llegada de un nuevo año. David vuelve a su casa, solo. Pulsa el interruptor para escuchar sus mensajes telefónicos, y se oye el primero: “Hola, David, soy Consuela. ¿Cómo estás? Se me hace raro llamarte, pero... quiero decirte algo. Quiero contártelo yo antes de que... te lo cuente otro. No sé. Llámame cuando puedas. Mi número es 5550122. Llámame, por favor, Gracias. Adiós”.

Oímos nuevamente los pensamientos de David: “Comprendí que había vivido sólo para oír aquellas palabras. Me caí al suelo oyendo su mensaje una y otra vez, temiendo lo peor. ‘Quiero contártelo yo antes de que te lo cuente otro’. Estaba enamorada, se iba a casar. A lo mejor quería mi bendición...”.

Por fin se decide y llama:

–¿David?... ¿David? –dice la voz de Consuela.

Cuando David recupera el habla, le pregunta:

–¿Dónde estás?

–En el coche. Estaba delante de tu casa cuando dejé el mensaje.

–¿Qué haces conduciendo en Nochevieja?

Consuelo suspira.

–No lo sé. No sé lo que hago.

–¿Qué pasa, Consuela?

–Tengo que verte.

–Pues ven.

–¿Tienes tiempo?

–Siempre.

–Ya voy.

–Sí.

David se lava la cara con abundante agua. Cuando le abre la puerta ella entra y sonrío. Él la mira detenidamente, como se mira algo conocido y anhelado, único e insustituible.

David saluda:

–Hola.

Ella lo abraza y apoya su cabeza en el hombro de David. Él le acaricia la cabeza y le dice:

–Bueno... ¿Cómo te ha ido?

–Consuelo no le responde. Entra lentamente y señalando en la pared una reproducción fotográfica, comenta:

–Esa es nueva.

–Sí, es de Edward Weston... Me gusta tu pelo.

–Me lo corto un poco cada día. Así, cuando no tenga no lo echaré de menos.

David, pendiente de sus palabras, serio, la mira.

–Estoy enferma... Tengo cáncer, cáncer de mama... Me operan dentro de dos semanas.

–¿Cáncer? Esto es... Estás...

–¿Asustada? No.

–¿No?

–No exactamente.

–No iba a decir eso... Quería decir... ¿Qué pasó?

–Estaba en la ducha una mañana y... sentí una... cosa en el brazo. Fui al médico, y dijo que probablemente no era preocupante. Fui a un segundo médico y a un tercero. Ya sabes cómo es. El tercer médico dijo que sí, que era preocupante.

–¿Y te entró el pánico?

–Sí, me entró pánico. Me he pasado todo el mes aterrorizada. Esta noche iba a ir a una fiesta, pensando que era mejor que estar sola, pero...

David, con los ojos cerrados, solloza.

–David...

Consuela lo abraza.

–David, no. No llores.

–¿Por qué no me llamaste? ¿Por qué no me llamaste cuando ocurrió?

–No podía decírtelo. A ti no podía decírtelo. ¿Sabes lo que es gracioso?

David menea la cabeza negando.

–Ahora me siento más vieja que tú.

–¿Me prometes una cosa? –dice él–. Si te vuelve a entrar el pánico, día o noche, llámame.

Consuela suspira, y David pregunta:

–¿Qué puedo hacer?

Ella, meneando la cabeza, dice:

–Es... Es como no poder ponerse en una postura cómoda, porque... te pongas como te pongas, estás atrapada. Estoy atrapada dentro de mí.

David le acaricia la mejilla con el dorso de sus dedos. Consuela continúa:

—Cuando pienso en las cosas que creía importantes... Las discusiones con mi madre... Qué idiotez, cuánto tiempo he perdido durmiendo. Me he pasado la vida durmiendo... David, tengo que pedirte un favor. Sólo puedo pedirte a ti.

David, en silencio, asiente con la cabeza.

—Lo que sea. ¿Qué es?

Consuela suspira.

—Después de ti, no tuve ningún novio al que le gustara tanto mi cuerpo como a ti.

—Me cuesta creerlo. ¿Ha habido muchos?

—No.

—¿Y en el trabajo? ¿Nadie se enamoró de ti?

—Todos.

—Pues claro.

—Pero yo no estaba interesada... Sé que me querías.

David, con un nudo en la garganta y los ojos llenos de lágrimas, asiente, enfáticamente, con la cabeza.

—Y te gustaba mi cuerpo. Así que... antes de que los médicos lo estropeen.

—Basta. No hables así —dice David, enjugándose el llanto—. Nadie te va a estropear... Consuela, ¿qué quieres que haga?

En la escena siguiente, Consuela, tendida en un diván, con los brazos en alto y el torso desnudo, se parece cada vez más a la Maja de Goya. David pone en el equipo de audio *Spiegel im Spiegel*, de Arvo Pärt, y complaciendo su pedido, le fotografía los pechos.

Poco después, ella lo abraza desde atrás, como cuando en la playa caminaban hacia el mar. En la pantalla del televisor se ven los festejos del nuevo año en París, y Consuela le susurra en el oído:

—Te eché de menos..., y a todos los sitios donde no fuimos.

Luego, mientras ella, reclinada, bebe una copa de vino y acaricia con uno de sus pies desnudos la mejilla de David, él le pregunta:

—¿Quieres quedarte esta noche?

—No. Tengo que irme.

—¿Quieres que vaya contigo al hospital?

Consuela, en silencio, se sirve más vino.

—Consuela... No puedes hacer esto sola.

—¿Por qué dices eso? —le responde sonriendo—. Tú lo haces todo solo. Luego le pellizca una mejilla:

–David... pobrecito. Estás más asustado que yo... ¿Querías follarme con una teta menos?

Él la mira y se le acerca, solícito y serio.

–Perdón, David –y abandonando su actitud desafiante lo besa en la boca–. Perdona.

Él sacude la cabeza como si estuviera diciendo que nada tiene que perdonar, y ella, agotada, agrega:

–Tengo miedo, David.

Desde el televisor se oye “cinco, cuatro, tres, dos, uno, ¡Feliz año nuevo!”. Ambos, tristes, se abrazan, y Consuela dice:

–Feliz año nuevo.

En la escena siguiente, la misma que aparece casi en el inicio del *film*, vemos a David parado, mirando por la ventana, mientras afuera, copiosamente, llueve...

No entendí lo que vi

David va al hospital donde trabaja Kenny y le pide ayuda. Kenny, luego de hablar por teléfono con un colega, le dice:

–Está en muy buenas manos. Conozco al cirujano.

–¿Y?

–La operan mañana.

–Me dijo en dos semanas.

–No. Es mañana.

–¿Eso qué significa?

–No sé, no soy su médico. No lo sé, pero no debe de ser bueno –le dice cariñosamente Kenny.

David baja la cabeza, en un gesto de dolorosa impotencia y dice:

–Esto es una pesadilla.

–¿Hace mucho que la conoces?

–No la he visto en dos años... Me llamó la Nochevieja para decirme –suspira–. Tengo su teléfono, pero no quiero meter la pata. Ella... cuando se marchó me dijo que no la llamara. Lo dejó bien claro.

Suena el teléfono.

–Sí. Lo sé. Ya voy.

–Siento haber interrumpido así. Sé que no tienes tiempo.

–Yo siento no haber podido ayudar más. Sé fuerte –le dice con ternura.

–Eso le dices a tus pacientes. Debe ser duro eso de la oncología.

–Soy tu hijo, estaba preparado.

David añade:

–Me alegro de verte... Y siento tener que...

–Yo también.

–¿Qué tal en tu casa?

–Seguimos juntos –dice Kenny sonriendo. Gracias por preguntar.

–Me alegro.

Kenny, mirándolo con cariño, agrega:

–Bueno, papá, ¿qué vas a hacer?

David le pone una mano en el hombro, sonríe tristemente y, sin decir nada, se va.

Poco después, solo en la multitud que puebla la calle, con un sobre de papel madera en la mano, se pregunta:

–¿Por qué estas fotografías? ¿Las quiere para ella? ¿O quería que me las quedara yo? Eso tiene sentido.

En ese momento recuerda sus diálogos con George en el café y continúa conversando imaginariamente con él. Imagina que George le dice:

–¿Te he contado mi teoría sobre las guapas?

–Un millón de veces. Nadie las ve.

–¿Y bien? –continúa George– ¿La viste alguna vez? Quiero decir, toda...

–No entendí lo que vi –le responde David.

George sentencia:

–Una respuesta de abogado. Siempre analizas demasiado.

–Terminó una relación porque no fui a su fiesta. Era un extraño *collage* de inconsistencias.

–Hablas de ella en pasado –le señala George sonriendo.

David, por teléfono, le dice a Kenny:

–¿Crees que me dejarán pasar?

–Ha salido de la unidad de cuidados intensivos, puedes ir hoy –le responde Kenny.

Llueve copiosamente. David, que no consigue un taxi, va al hospital caminando, casi corriendo, con su paraguas, bajo la lluvia. Oímos sus pensamientos: “El tiempo pasa cuando no lo miras”. Entra en la habitación de Consuela pisando el suelo como si pudiera romperse. Consuela está sola, en la cama. David se sienta al lado de ella, que lo mira y, débilmente, le sonríe.

–David...

–Sí –dice él, mientras toma su mano entre las suyas.

–Me lo han quitado entero...

David no sabe qué decir, y Consuela añade:

–No creí que vendrías.

–¿Por qué pensabas eso?

–Porque ya no soy guapa.

–Sí, lo eres. Hipólita, la bella reina de las amazonas. Se cortó el pecho derecho para tirar con el arco. Y no era ningún adefesio.

Consuela sonríe, pálida y triste, con lágrimas en los ojos.

–¿Será diferente el libro si lo lees diez años después?

–Recuerdas mi primera clase –dice David conmovido mientras lleva una mano de ella a sus mejillas y la besa.

–Lo recuerdo todo.

–Yo también. Cada segundo.

Consuela nuevamente esboza una sonrisa triste.

–Te echaré de menos.

David se acuesta en la cama, al lado de ella.

–Estoy aquí...

La besa suavemente, en la boca, en la nariz, en la frente, en los ojos... Ella pone su cabeza en su pecho... Por el vidrio de la ventana se ve llover... Y los vemos en la playa, caminando a la orilla del mar, con la misma ropa con la cual lo hicieron, uno junto al otro, tomados de la mano...

CAPÍTULO XII

EL CÁNCER DE CONSUELA

El eterno presente del recuerdo

A medida que nos internamos en el “hilo” del relato de los sucesos que el *film* nos trasmite, escuchando pensamientos o comentarios en *off*, asistiendo a escenas que sólo ocurrieron en la imaginación y a otras que pertenecen al pasado, nos vamos dando cuenta de que todo lo que vemos puede ser comprendido como un conjunto de recuerdos que desfilan en la mente de David. Algunos cronológicamente ordenados, otros, sencillamente evocados, porque dado que forman parte de un mismo conjunto de ideas o de sentimientos, se “asocian”.

Consuela, en la ducha, no se descubre un tumor en el pecho, se descubre un ganglio en la axila, de modo que sabemos que su cáncer ya ha invadido por lo menos esa parte del sistema linfático, y también sabemos, porque nos dice que perderá su cabello, que le han informado que necesitará quimioterapia. Kenny, además, le ha dicho a David que no puede hacer un pronóstico porque no es su médico, pero que no debe de ser bueno.

Pensándolo así, pensando que el *film* entero puede ser visto como un conjunto de recuerdos de David acerca de cosas que ya han sucedido y que el pronóstico del cáncer de Consuela “no es bueno”, podemos suponer que cuando David nos presenta a Consuela y nos dice que “se llamaba” Consuela Castillo, es porque ella ya ha muerto.

Podemos agregar otro indicio. Cuando David rememora las imágenes de una de sus conversaciones en el bar con George (un George que ya ha

fallecido), aquella acerca de que las mujeres guapas son invisibles, “reinventa” de acuerdo con lo que siente desde su situación actual las frases del diálogo, y allí George le señala que está hablando de Consuela en tiempo pretérito. Si aceptamos la suposición que planteamos, el significado del título original de la película, *Elegy* (elegía), se vuelve más evidente. Más adelante, agregaremos algunas consideraciones sobre la gravedad del cáncer que afecta a Consuela.

Entre las numerosas y profundas reflexiones que tienen los jugosos diálogos de la película que aquí comentamos, y que posee el valioso mérito, no muy frecuente, de que no nos defrauda con inconsistencias ni desenlaces inverosímiles, hay una que se relaciona especialmente con la forma en que está construida.

Recordemos lo que dice David: “El tiempo pasa cuando no lo miras”. Nuestra conciencia funciona continuamente en la actualidad de un tiempo que denominamos presente. Allí construimos, mediante recuerdos, la representación de un tiempo que llamamos pasado (y mediante deseos o temores, la representación de otro que llamamos futuro). Pero el pasado, físicamente, ya no existe (así como el futuro no existe todavía). Sólo existe como una actualidad que está viva y nos produce sentimientos en el eterno presente de nuestra conciencia. Aquello que conceptualizamos como tiempo transcurrido es, pues, la diferencia (que llamamos “cambio”, pero también “carencia”) que surge cada vez que comparamos nuestros recuerdos o nuestros deseos con la realidad que nos arroja la percepción actual. Pero si la “mirada” de la comparación es continua, registra una diferencia pequeña que cae fuera de nuestra atención, como sucede cuando conviviendo con un hijo “no lo vemos” crecer. Allí encontramos la sorpresa a la cual se refiere Tolstoi, porque, como le sucede a David cuando dice “la vejez te acecha, y de pronto te preguntas, me pregunto: ¿por qué los viejos no se portan como viejos? ¿Por qué mi cabeza no ha cambiado nada?”, muy pocas veces “miramos” el cotidiano proceso insensible del envejecer. De pronto, físicamente somos distintos de lo que recordamos o de lo que deseamos, pero sólo en una parte de lo que recordamos o en lo que deseamos queremos reconocer la esencia de nuestro verdadero ser. Tal vez ese sea el sentido por el cual Philip Roth titula *El animal moribundo* a la novela en la cual se basa el *film*. Recordemos que David ha dicho: “Me pasé la vida saltando de una relación a otra porque así creía que no estaba solo y que el tiempo no pasaba”. Más que por lo que somos, nos definimos ante nosotros mismos por lo que fuimos y por lo que deseamos ser.

Si ahora nos preguntamos quién es David, nos damos cuenta de que lo que mejor lo describe y lo constituye es el conjunto de recuerdos y deseos que le dan un significado a su vida y que se relacionan por un orden de significancia que depende muy poco de una secuencia cronológica. Por eso nos parece muy bien lograda la forma en que el *film* nos relata la versión particular, que una vida nos ofrece, de un drama universal.

Freud, citando a Stricker, se hacía solidario con la idea de que cuando soñamos con ladrones y tenemos miedo, los ladrones podrán ser imaginarios, pero el miedo es real. ¿Acaso no podemos decir lo mismo de las escenas en que David se imagina a Consuela en los brazos de un hombre más joven? Sus celos, como sufrimiento, son “reales”. Vienen “de lejos” y lo torturarán perpetuamente, a menos que se deshaga el “guión” que los sostiene desde lo inconsciente y lo lleva a “revivirlos” sempiternamente en distintas fechas y lugares, cada vez que “se permite” el compromiso afectivo del cual trata de huir.

¿Por qué precisamente un cáncer?

Consuela dice: “Estoy enferma”, y enseguida agrega: “Tengo... cáncer, cáncer de mama”. Aquí vemos lo que tantas veces señalaba Weizsaecker y que encontramos en el epígrafe del primer capítulo. Consuela, en primera instancia, se siente toda ella enferma, pero luego repite lo que nuestra cultura le ha enseñado, y el orden de las prioridades cambia. Ahora “tiene” una enfermedad, y la enfermedad, en primera instancia, ya no es de ella, es de la mama, y eso, sólo en segunda instancia, es aquello que la enferma.

Si bien no compartimos el criterio de que la enfermedad de Consuela es una mera consecuencia de la eclosión de su neoplasia, ya veremos lo que acerca del cáncer nos dice la película, aunque, claro está, dado que no podemos conversar con las células, sólo podremos acercarnos a lo que el tumor “expresa” contemplando “su reflejo” en la vida de los personajes.

Comencemos por reparar en el hecho de que tanto nosotros, que contemplamos el drama, como según parece le sucede a la misma Consuela, nos quedamos impregnados de la convicción de que su enfermedad no es independiente de lo que le ha ocurrido en su relación con David. La idea de que el difícil duelo y la depresión o el estrés que a Consuela le produjo la ruptura con David haya “descendido” las defensas de su sistema inmunitario “facilitando” la eclosión del tumor es de común aceptación. Reparemos además en que el cáncer los condujo a un reencuentro, y que la magnitud

de la tragedia que “irrumpe” de pronto entre los dos como algo que ellos pueden sentir completamente ajeno a lo que sus voluntades dominan sustituyó de un solo golpe la discordia que los había llevado a la separación. Sin embargo, nos falta todavía descubrir qué puede haber, en las vicisitudes de su vida afectiva, que nos permita comprender por qué Consuela ha desarrollado un cáncer en lugar de cualquier otra enfermedad.

El amor, la belleza y el monstruo

Recordemos que en el *Prometeo* de Goethe el héroe ha desafiado a los dioses diciéndoles: “¿Podéis separarme a mí de mí mismo?”. Y que George, cuando le pide a David que lo presente en la universidad, le recuerda el tiempo que ha pasado escuchando sus “miradas de ombligo”. Sabemos que una cuota del amor propio que el psicoanálisis denomina narcisismo es necesaria y saludable, y que otra cuota evoluciona normalmente hacia el amor (“objetal”) hacia los otros. Una primera “salida” hacia el amor objetal la encontramos en el amor (“introvertido”) hacia los “personajes” ideales que habitan nuestra mente como “objetos internos”. Pero esa salida también puede quedar interferida. Freud (en *Introducción del narcisismo*) se refiere a un estancamiento del amor a sí mismo que denomina hipocondríaco y que precede al enfermar.

Cuando Narciso se enamora de su rostro reflejado en el estanque, no se enamora de sí mismo, de “el” sí mismo que Narciso siente, percibe y registra, en el normal desenvolvimiento de su vida. Tampoco se enamora de sus propios ideales. Muy por el contrario, se enamora de su rostro tal como los otros lo ven. Y en ese enamorarse se enajena de sí mismo (y de sus propios ideales) hasta el punto en que, “descuidándose”, se muere de hambre y de sed.

Consuela le cuenta a David que no estaba interesada en la mayoría de los hombres que gustaban de ella, y que sólo se interesó en unos pocos con los cuales intentó sustituirlo, pero que no tuvo ningún novio al que le gustara su cuerpo tanto como a él. No es aventurado suponer que Consuela, que poco antes ha dicho (refiriéndose a su cáncer): “Estoy atrapada dentro de mí”, se haya enamorado, en gran parte, del amor que David le profesa. Así comienza su relación, en torno de los ojos de la Maja de Goya y en torno de un David maravillado que la conmueve profundamente contemplándola como “una obra de arte”.

Prometimos antes agregar algunas consideraciones acerca de la gravedad del cáncer que afecta a Consuela. Y ha llegado el momento, porque hay dos circunstancias que ensombrecen el pronóstico. La primera de ellas es que Consuela parece muy poco dispuesta a aceptar que la vida con un solo pecho sigue siendo digna de ser vivida. Pero la segunda es peor, porque cuando le dice a David que él ya no la amará mutilada, no se trata tanto de lo que pueda sucederle a él, sino de que no tolera que David pueda amar en ella a una Consuela muy distinta de la que contemplaba como “una obra de arte”. Parece evidente que ha decidido que la mutilada debe morir, para “sobrevivir” con sus dos pechos completos aunque más no sea en las fotos que se hizo sacar para dejarle a David.

Pero lo que le sucede a Consuela no es inocuo, porque en la medida que no puede “salir” de sí misma, desatendiendo su belleza para disfrutar de la belleza que existe en el mundo, ese amor “atrapado” se transforma en el monstruo que se alimenta a sí mismo, como el tumor que abandona los designios del organismo del cual forma parte. Recordemos que en la playa, cuando ambos se abrazan como si quisieran confundirse en un solo cuerpo (sintiendo como una mutilación la separación que los diferencia como hombre o mujer) y caminan así, avanzando sus pies al unísono, David menciona a un monstruo de dos espaldas (y de cuatro piernas, agrega), una alusión a dos seres unidos en una cópula genital, presente en el *Otelo* de Shakespeare, que se vincula con los celos, porque los celos son el sentimiento que surge cuando algo amenaza romper esa íntima unión con el objeto de amor (frecuentemente representada como hermafrodita o andrógina) que es independiente de una belleza “objetiva”, y que una vez creímos, en nuestra tierna infancia de lactante, haber logrado definitivamente.

El desencuentro

George le dice a David que “bifurque” la satisfacción de sus necesidades. Por un lado, se trata de –para decirlo con una expresión muy norteamericana– “tener sexo”; por el otro, está todo lo demás: la familia, los amigos, los museos, la vida espiritual. David le responde: “Para ser un poeta con el Pulitzer, tienes muy poca imaginación”. Y lo que le dice es absolutamente cierto, porque el hecho de que George busque “tener sexo” fuera de su relación con Amy (*su* mujer) esconde precisamente una “necesidad” que David ha descubierto, y que George ignora. George “reduce” esa necesidad (con la ilusión de “manejarla” fácilmente) cuando intenta satisfacerla con

un ejercicio sexual “sin compromiso”, que apenas alcanza para revitalizar débilmente en cada nueva aventura una ilusión que desfallece en forma progresiva.

David ya sabe que “el método” de George no funciona, y su relación con Consuela le agrega convicción. Lo oímos decir “Me pasé la vida saltando de una relación a otra”. No ha de ser casual que George, que desprecia a su público llamándolo “papanatas” y que dice que su falta de imaginación es el motivo por el cual le otorgaron “el putito premio”, se muera precisamente cuando dice “sentirse bien” por haberse reencontrado al fin con Amy.

Es evidente que lo que David busca en Consuela no es solamente “tener sexo”. Recordemos que David ha dicho que deberá cortejarla, y esto no puede significar otra cosa que construir con cuidado la promesa creíble de que satisfará sus anhelos. Cuando en su casa, luego del teatro, ella le dice: “Eres un hombre encantador... ¿Lo sabes?”; un elogio que no puede dejar de conmoverlo y que es la imagen especular de lo que ocurrirá después, cuando él le diga: “Eres una obra de arte”; ambos comienzan así enamorándose de sus propios ideales. También es cierto que en ellos se gesta, inadvertidamente, una “cuota” de amor que toma por “objeto” al enamoramiento que el otro le profesa. Cuando, por fin, se besan y se encuentran en los actos y caricias del amor, cada uno de ellos está seguro de que ha encontrado aquello que desde largo tiempo atrás anhelaba. ¿Qué sucede después?

Con insidia, como suelen gestarse las tormentas, se inicia el desencuentro, porque el libreto que conduce a la satisfacción de los antiguos anhelos también reedita la experiencia de una antigua falta que inevitablemente lo acompaña. Recordemos que al construir nuestra imagen considerando propio todo aquello que nos da placer, y ajeno lo que nos desagrade, nos dirigimos en forma inexorable hacia la desilusión que la realidad nos impone. David dice saberlo, porque todo el tiempo se refiere a que Consuela lo sustituirá con algún joven. Lo hemos oído decir: “He dedicado mi vida a la independencia y lo he logrado, pero en aquel momento... me di cuenta de que nunca, nunca jamás la poseería”. Intenta acostumbrarse a esa idea, pero al mismo tiempo sucumbe a la ilusión de que puede limitar su compromiso y disminuir su sufrimiento conservando una vida “independiente”. Consuela comienza, lentamente y en forma progresiva, a reprochárselo. No debe de ser casual que cuando David la invita al mar, con el propósito (que se transforma en lo contrario) de terminar con ella, Consuela le diga con una sonrisa que parece significar que lo tolera sin disgusto: “‘Quizás’. Tu

palabra preferida”, y luego se rehúse a cenar con él para ir a bailar con su hermano.

Aparentemente, para Consuela, la cuestión está clara: si tú conservas tu independencia, yo conservaré la mía. Respeta mi libertad, no seas posesivo y no tendremos problemas. Pero acaso esto, además de torturarlo a David con los celos, ¿la satisface a Consuela? Ya sabemos que no. Por de pronto, digamos que ella niega que los temores de David acerca de que Consuela lo abandone por el hecho de ser treinta años mayor son exactamente equivalentes a los que ella tiene acerca de que él la abandone como un juguete que aburre, si no “se compromete” entablando una relación con su familia. Recordemos lo que Consuela injustamente le dice: “No te pregunté qué haré yo, sino qué quieres de mí”. Pero ¿existe acaso un compromiso que no sea ilusorio si omitimos el único “real” que proviene de una fuerte implicación afectiva? ¿Se puede mejorar un vínculo reclamando por algo que no ocurre de manera espontánea? Consuela le ha dicho: “Pues empieza a confiar en mí”, pero ¿la cuestión pasa por confiar en el otro o por la confianza que el otro nos tiene? ¿O, en cambio, radica entera en confiar en uno mismo? Y esta pregunta nos conduce a otra: ¿cómo se puede confiar en uno mismo cuando se lleva en el alma con intensidad desmedida, el trauma de esa primera “falta” que nos produjo la experiencia de haber dependido de una ingobernable voluntad ajena?

La belleza está en el ojo del que mira

Luego de recorrer las vicisitudes que envuelven la relación intensa y conflictiva que vincula a David y Consuela, encontramos que en ambos se despierta un atractivo erótico conmovedor, rayano en lo que suele denominarse sublime, que interpretamos como un reencuentro con experiencias muy precoces de nuestra condición de lactantes, que nuestra memoria conserva y que, a pesar de ser inaccesibles al recuerdo consciente, nos generan sensaciones que nuestro “cuerpo” reconoce en lo que suele llamarse la “cosa de piel”. Internándonos en esas vicisitudes creemos reconocer los rasgos que, referidos a la primera constitución de lo que consideramos “yo”, tienden a exacerbar el amor propio que denominamos “narcisismo”. Lo vimos, por ejemplo, en lo que George llama “las miradas de ombligo” de David, y en Consuela, que dice sentirse atrapada dentro de sí misma.

También hemos visto que, como un intento de salida “normal” del narcisismo que no alcanza todavía al amor “objetal”, ambos construyen “objetos

internos” ideales y sucumben a la ilusión que los confunde con las personas de la vida real. Así, Consuela ve a David como “un hombre encantador”, y David (¡el mismo que ha sentenciado que “la belleza está en el ojo del que mira”!) ve a Consuela como “una verdadera obra de arte”, y en ese momento, cualquiera de los dos podría haber dicho: “¿Qué importa todo lo demás?”. Y a ese “todo lo demás” se refiere George cuando sostiene que “las mujeres guapas son invisibles”, porque la belleza “bloquea” la visión, y, claro está, lo mismo podría decirse de los hombres que son encantadores.

Por fin, también vimos que en el camino que nos lleva a proyectar nuestros ideales sobre las personas reales y a sentir “hacia” ellas el enamoramiento que nos une a esos ideales nuestros, corremos el riesgo de enamorarnos del enamoramiento que el otro nos profesa, convencido de que somos su ideal. Lo vimos en Consuela, cuando le dice a David: “No tuve ningún novio al que le gustara mi cuerpo como a ti”. Lo vemos en David, cuando piensa: “Y todo porque esta chica me dirá mil veces que me adora, y lo dice en serio”. Nos falta agregar ahora que en el camino que vincula al amor propio con el amor por nuestros propios ideales se entretrejen siempre las fantasías incestuosas, dado que las personas consanguíneas suelen compartir con nosotros rasgos similares, y se convierten por eso en los más adecuados representantes de nosotros mismos. David no es el padre de Consuela, pero lo representa, sin duda, y no es casual que frente a una pareja con una diferencia de edad como la que a ellos los separa, la gente comente: “podría ser su padre”. Y este es precisamente el comentario que David teme suscitar si va a la fiesta de Consuela.

No cabe duda de que una relación establecida sobre tales parámetros de una exigencia ideal ilusoria, que se encuentran en la misma raíz del enamoramiento y que tienden a repetir la desilusión que ya una vez en la infancia aconteció (porque pertenecen al mismo libreto inconsciente entonces construido), desembocará en un doloroso fracaso; a menos que la experiencia acumulada por los duelos que forman parte de una vida normal logre transformar el enamoramiento en el amor que se teje con las hebras de la realidad. David lo sabe (recordemos que Amy le ha dicho: “Tú lo aceptabas como era”), pero procura negarlo. Consuela, que es más joven que David, pero que aduce no ser “una niña”, lo intuye, pero piensa que lo resolverá.

La cuestión que ahora se suscita es: ¿qué es lo que conduce a David a volcarse con una entrega que ni siquiera sospechaba, en una relación que (aunque se diga a sí mismo que sólo le interesa para “tirársela”) procura, desde el primer momento, que sea mucho más que “sexo”? ¿Qué es lo que

lo conduce “de nuevo” a intentar llenar esa primera falta de “la piel” materna, que en el transcurso de la vida hemos aprendido a resignar, en parte desplazando sus bondades sobre otros logros? ¿Y qué es lo que conduce a Consuela?

Nos pasamos la vida persiguiendo... ¿qué?

David se separó, hace ya mucho tiempo, de la madre de Kenny. Se separó, según nos dice, para no engañarla y porque fue sincero. También nos dice que era un matrimonio en el cual “se metió por miedo” y “cumplió condena”. Aclara que fue un error, que no era ella, sino él quien “no servía”. Pero también se pregunta: “¿Es que las cosas no prescriben?”, y agrega que “sólo uno podía escapar”, y que Kenny no se lo perdona. La afirmación de que sólo uno podía escapar es un tanto contradictoria con la idea de que era él quien no servía, y esto, unido a la idea de que las cosas no prescriben y de que su hijo no se lo perdona, nos permite deducir que no puede evitar, desde entonces, sentirse culpable. Pero no es este un punto que nos interesa destacar ahora, porque los sentimientos de culpa suelen ser tan ubicuos como para que nos aclaren muy poco acerca de lo que intentamos comprender aquí.

Nos interesa señalar, en cambio, que si David se separó para no engañarla es porque en la relación con ella sentía una falta de la cual huía, según lo acusa Kenny, “abrazadito” con “sus fascinadas alumnas”. Un “recurso” que también utilizaba George, y que a los dos, aunque de distinta manera, les dejó de funcionar. No cabe duda de que para David fue precisamente esa carencia lo que convertía al matrimonio en una prisión. Por de pronto, David, durante veinte años estableció con Carolyn, que también fue su alumna, una relación que ambos, huyendo por el miedo que comparten hacia lo que sienten como cárcel, coinciden en pautar de tal manera que sólo se verán, cada tres semanas, en los “interludios” de sus otras actividades. Sin embargo, David, muy a su pesar, vive atenzado por dos miedos distintos; por eso nos dice que se casó por miedo con la madre de Kenny y también que Carolyn era, en verdad, su “único asidero”. Así se explica que le mienta (como hace George con Amy), ocultándole la existencia de Consuela, y que, aunque enamorado de una mujer “perfecta”, siempre vuelva a Carolyn que, según nos dice, es su único contacto con el que anteriormente fue.

Nos encontramos así con un círculo vicioso, porque los celos de David, que como hemos visto provienen de una raíz más profunda que el pretexto de la diferencia de edad, lo conducen a la necesidad de mentirle a Carolyn (para no perder su asidero) y, por consiguiente, a Consuela. Pero esta actitud, que de una u otra forma ellas han percibido desde el comienzo como una opacidad reticente, genera en ambas una inseguridad que, reactivando sus propios celos, conduce al disgusto de Carolyn y a que Consuela concorra a Kalimas con su hermano, lo cual “justifica” e incrementa la inseguridad y los celos de David. Nos encontramos también con que el libro de David acerca del hedonismo, en el que critica el puritanismo y elogia la libertad sexual y la tolerancia de la fornicación (más allá del valor de verdad que pueda haber alcanzado), nos revela una “expresión de deseos”, cuyo significado consiste en ocultar y rechazar la existencia de los celos, imaginando que “saltando de una relación a otra”, puede liberarse de ellos. El drama que lo alcanza reside en que cuando logra “desprenderse” de los celos, el interés erótico por la mujer que ama se le transforma en hastío.

David es un hombre que ha alcanzado protagonismo y reconocimiento y, si bien sabemos que ambos logros constituyen una elaboración progresiva que alivia la primitiva carencia surgida frente a la imposibilidad de transformar al objeto de amor en una parte indisoluble de nuestro propio ser, carencia que David expresa diciendo “me di cuenta de que nunca, nunca jamás la poseería”, también sabemos que son logros inestables que nos conducen a sentir, una y otra vez, que algo nos falta. Hemos visto que de allí “salimos” (cuando se dan las mejores condiciones) si logramos embarcarnos en la construcción de una obra que, por pequeña que sea, adquiera un valor que trascienda un exclusivo interés individual y, sobre todo, se independice del afán de protagonismo y reconocimiento. Vemos esto en David cuando en su primera clase, y más allá de la “cuota” de seducción a sus alumnas que inevitablemente se le “cuela” en la actitud, se entusiasma auténticamente con los conceptos que enseña.

Reparemos en que, tal como lo sostuvimos en el capítulo X, aun cuando la obra que realizamos puede ayudarnos a sentirnos mejor, no siempre ocurre que las personas que adquieren en nuestra vida la mayor significancia, aquellas a las cuales nos unen afectos entrañables, puedan compartir auténticamente con nosotros nuestro interés en ella. Si no llegamos a sentirnos lo suficientemente “enteros” como para tolerar que nos falte esa comunidad de intereses con las personas que amamos, la carencia de una integración suficiente entre nuestra actividad creativa y nuestra vida afectiva puede

reactivar otra vez nuestra búsqueda de reconocimiento, nuestro afán de protagonismo y, más aun, nuestro ardiente deseo, tiempo atrás resignado, de encontrarnos con un amor “sublime” que, como si se tratara de una parte de nosotros mismos, todo lo comprende. Parece ser lo que le ha sucedido a David con la madre de Kenny, y lo que le sucede ahora con Carolyn y con el mismo Kenny. No cabe duda, por de pronto, que es lo que le sucede a Carolyn con él, cuando, quizá como contrapartida de lo que siente que hace ella, David le pregunta por sus actividades sin ningún interés y confunde Chicago con Cleveland. Lo vemos claramente en George (un “otro yo” de David), cuando, en la cancha de *squash*, admite que no puede hablar con Amy y cuando llama “papanatas” a los integrantes de su público.

Así, “catapultado” a la reactivación de su “primera falta”, David se lanza hacia Consuela queriendo creer que conservará su independencia e ingresa en un proceso que le desgarrará el alma, pero que lo hará crecer. El proceso que comienza débilmente con su inquietud ante el futuro de su relación con Consuela, que va creciendo cuando se siente “deformado” por los celos y torturado por los reclamos de Consuela, llega al máximo de su sufrimiento cuando Consuela lo abandona. A su desolación, se añade que George se muere, y Kenny continúa envenenado por un amor contrariado hacia su padre que lo lleva a llenarlo de reproches. Sólo le queda el relativo oasis de su pautada relación con Carolyn, que se va empalideciendo. Pero recordemos que David, al conversar con ella por primera vez después de veinte años, cuando necesita contarle su fracaso con Consuela, le pregunta: “Nos pasamos la vida persiguiendo... ¿qué?”. Así, David recorre sin posibilidad de escape el penoso proceso de su desolación, y por eso asume conscientemente la pregunta: “¿A quién quiero engañar?”.

Cuando Consuela, en Nochevieja, lo llama por teléfono, ya ha llegado el momento en que puede aceptar “que había vivido sólo para oír aquellas palabras”.

¿Qué ocurrió con Consuela?

Consuela, con un padre orgulloso y austero, proviene de una familia cubana de buena posición económica que debió emigrar a los Estados Unidos. Ella no quiere que su vida sea como la de sus padres, para quienes dejar Cuba fue su primer y último viaje. Le entusiasma la idea de viajar con David, pero duda de que su invitación “vaya en serio”. Más adelante, le dirá que recuerda los lugares a los que no fueron. Cuando terminó el

instituto, se empleó en un bufete de abogados, pero no le gustó. Su padre quería que estudiara, y por fin entró en la universidad. No es aventurado suponer que es una hija que su padre “aún prefiere”, que es ambiciosa y tal vez consentida, y que busca en David a un hombre que le pueda brindar lo que anhela, alguien que funcione como una especie de “sustituto paterno”, ya que se apresura a decir que sus novios anteriores “eran chicos”, y que a los diecisiete años hizo muchas cosas para sentir que avanzaba.

Es evidente que le complace que David, un hombre “famoso”, la corteje y que se dedica conscientemente a seducirlo, con la confianza que suelen adquirir las niñas cuyos padres adoran. Quiere que su familia conozca al hombre que ha conquistado, tal vez porque ya han comenzado sus discrepancias con ellos y quiere mostrarles que la vida que elige no está equivocada.

También ella evidencia una “opacidad reticente”. Recordemos que le dice a David: “Hay muchas cosas de mi vida que aún no sabes”. Nunca ha hablado de su madre y le ha dicho que tiene un hermano con el cual irá a bailar, pero cuando la operan para extirparle su cáncer, ningún miembro de su familia la acompaña. Recordemos también que David le ha dicho: “No puedes hacer esto sola”, y así, sola, la vemos en su cama, cuando recién ha salido de la terapia intensiva.

Podemos suponer que en la clase, cuando toma notas en la primera fila, y cuando demuestra recordar lo que David le enseña, ha buscado el reconocimiento de su profesor, y que luego, más que eso, ha buscado ser “su elegida”.

No necesitamos repetir aquí todas las vicisitudes que la conducen, después de un comienzo que parecía tan auspicioso, hacia la frustración de sus deseos. Sólo nos interesa destacar que la vemos ingresar, como David, en un tipo particular de soledad que la deja inmersa en una tristeza profunda. Consuela sufre porque se siente diferente de las otras alumnas y porque embarcada en su relación ideal con un hombre treinta años mayor, se siente “aislada” de su familia y de su entorno, e incomprendida por el hombre que ama. Sin embargo, David, aunque no se atreve a acercarse porque no se siente capaz de ofrecerle el futuro que Consuela, según lo que él cree, necesita, soporta conscientemente su tortura y zarandeado por sus propias reflexiones se esfuerza por no engañarse a sí mismo. Consuela, en cambio, se retira ofendida y permanece lejana, anclada en la idea de que es él quien la ha defraudado, negando que albergó siempre al temor de que se cansara

de ella como de un juguete que ya no interesa. Y es llevada por ese temor que le pregunta: “¿Qué quieres de mí?”.

Así, abandonando su pretensión de un amor ideal y sufriendo porque no se siente semejante a las personas que ama, lo critica a David, el “viejo que lo sabe todo” y que no se dio cuenta de que él era todo para ella que lo quería muchísimo. Comprendemos entonces que el cáncer de Consuela, como un crecimiento anómalo y anacrónico de una progenie celular que se independiza del organismo que integraba para “hacer la suya”, replicándose en una descendencia que es idéntica a sí misma, representa muy bien un amor propio reactivado por el fracaso estrepitoso de el enamoramiento ideal que hubiera podido descargarlo en condiciones más sanas. Un amor ideal que, a su vez, nació de su imposibilidad de tolerar encontrarse afectivamente con las personas reales y de amar a David “tal como era”.

Su actitud no cambia. En la última escena, cuando David se acerca, ya no le dice, como lo ha hecho antes, que lo echó de menos, le dice, en cambio, “te *echaré* de menos”.

ÍNDICE DE AUTORES CITADOS

- Abadi, Mauricio, *El renacimiento de Edipo*.
- Barbieri, Marcello, *Introduction to Biosemiotic. The New Biological Synthesis*.
- Bateson, Gregory, *Pasos para una ecología de la mente*.
- Becker, Gustavo Adolfo, *Rimas*.
- Cesio, Fidas, *El letargo. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa*.
- Cesio, Fidas, *El letargo. Una representación de lo latente. Su relación con la represión*.
- Cesio, Fidas, *Procreación y letargo*.
- Chiozza, Luis, "Opio".
- Chiozza, Luis, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*.
- Chiozza, Luis, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*.
- Chiozza, Luis, *Cuando la envidia es esperanza*.
- Chiozza, Luis, *El contenido latente del horror al incesto*.
- Chiozza, Luis, *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*.
- Chiozza, Luis, *Reflexiones sin consenso*.
- Chiozza, Luis, *Tres edades de la vida*.
- Dawkins, Richard, *El gen egoísta*.
- Diez Macho, Alejandro, *La sagrada Biblia más bella del mundo*.
- Freud, Sigmund, *De guerra y de muerte. Temas de actualidad*.
- Freud, Sigmund, *Totem y tabú*.
- Freud, Sigmund, *Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*.

- Freud, Sigmund, *Más allá del principio de placer*.
- Freud, Sigmund, *Esquema del psicoanálisis*.
- Freud, Sigmund, *Introducción del Narcisismo*.
- Freud, Sigmund, *La interpretación de los sueños*.
- Grant, Gary, *Con la muerte en los talones*.
- Hanahan, Douglas y Weimberg, Robert, *Hallmarks of Cancer*.
- Kafka, Franz, *Cartas a Milena*.
- Kirkwood, Tom, en Margulis, Lynn y Punset, Eduardo, *Mind, Life and Universe*.
- Lerner, Al, *Loneliness ends with love*.
- Lorenz, Konrad, *La otra cara del espejo*.
- Lovelock, James, *La hipótesis Gaia*.
- Mann, Thomas, *El elegido*.
- Margulis, Lynn y Sagan, Carl, *Microcosmos*.
- Nunberg, Hermann, *Teoría general de las neurosis basada en el psicoanálisis*.
- Pecorino, Lauren, *Molecular Biology of Cancer*.
- Pelengaris, Stella y Khan, Michael, *The Molecular Biology of Cancer*.
- Pirandello, Luigi, *L'uomo con il Fiore in bocca*.
- Platón, *El banquete*.
- Ridley, Mat *Genoma*.
- Roth, Philip, *El animal moribundo (The Dying Animal)*.
- Schott, Cécile, *Ondes Silencieuses*.
- Shakespeare, William, *Hamlet*.
- Sófocles, *Edipo Rey*.
- Sturgeon, Theodore, "Si todos los hombres fueran hermanos, ¿permitirías que alguno se casara con tu hermana?".
- Sturgeon, Theodore, *El soñador*.
- Tannock, Ian; Hill, Richard; Bristow, Robert y Harrington, Lea, *The Basic Science of Oncology*.
- Thomas, Lewis, en Margulis, Lynn y Sagan, Carl, *Microcosmos*.
- Von Goethe, Johann Wolfgang, *La vuelta de Pandora*.
- Von Goethe, Johann Wolfgang, *Prometeo*.
- Von Uexkül, Jakov, *Ideas para una concepción biológica del mundo*.
- Von Weizsaecker, Viktor, *El médico y el enfermo*.

HIPERTENSIÓN

¿SOY O ESTOY HIPERTENSO?

(2011)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (2011), *Hipertensión. ¿Soy o estoy hipertenso?*, Buenos Aires, Libros del Zorzal.

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: “*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, veinticinco 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 cuáles son los avatares de la vida que conducen a la enfermedad. La consiguiente obligación de escribir de un modo que sea claro (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 de un modo habitual 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 con frecuencia 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.

Abril de 2011

CAPÍTULO I

LA ENFERMEDAD SILENCIOSA

Una ingrata noticia

Pedro está sentado en la mesa del bar y, malhumorado, piensa que cuando termine de tomar 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 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 por completo 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 sólo 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 recibe, 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

evolucianan, 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 de setenta millones de personas) y que es el motivo de la mayoría de las consultas médicas en los EE.UU. Kaplan y Victor² afirman que el porcentaje de personas con hipertensión esencial aumenta significativamente con la edad y se ha incrementado en los últimos diez años. Claudio Majul³ consigna que entre las personas mayores de sesenta y cinco 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 era previamente consciente de su condición, y que sólo el 27% de los casos tratados logra 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 descubre (es decir, como “en-

¹ Hart, Peter y Bakris, George, “Primary (Essential) Hypertension”.

² Kaplan, Norman y Victor, Ronald, *Kaplan's Clinical Hypertension*.

³ Majul, Claudio, “Normativas de la medición de la presión arterial”.

⁴ Mann, Samuel, *Healing Hypertension*.

fermedad 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.

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 con buen criterio Jiménez Díaz,⁶ tiene “su normal”, y algunos que están ligeramente fuera de esas

⁵ Franz Volhard (1872-1950), citado por Jiménez Díaz en *Lecciones de Patología Médica*.

⁶ Jiménez Díaz, Carlos, *Lecciones de Patología Médica*.

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 años; 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 sólo se ha vuelto permanente, sino que además, 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 setenta 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 Weber,⁸ “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

⁷ Rose, *The Hypertensive Patient*, citado por Kaplan, Norman y Victor, Ronald, *Kaplan's Clinical Hypertension*.

⁸ Kaplan, Norman y Weber, Michael, *Hypertension Essentials*.

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 concluyentes,⁹ no más del 43% de los pacientes que evidencian una hipertensión de “bata blanca” llegarán a manifestarse hipertensos en un plazo de diez años. También se ha descrito una hipertensión enmascarada¹⁰ para referirse al 10% de los 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 el 25% de las personas a las cuales se les ha diagnosticado una hipertensión no requiere tratamiento y no son hipertensos.

¿Cuáles son las consecuencias de la enfermedad hipertensiva?

De acuerdo con lo que señala Díaz Martínez, la hipertensión arterial es hoy, por diversas razones, la causa principal de enfermedad y muerte en todo el mundo.¹¹ Se considera que es el primer 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

⁹ Consignados por Kaplan, Norman y Victor, Ronald, *Kaplan's Clinical Hypertension*.

¹⁰ Kaplan, Norman y Victor, Ronald, *Kaplan's Clinical Hypertension*.

¹¹ Díaz Martínez, Javier, “Patogenia de la hipertensión arterial”.

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 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 qué punto llega” y “desde dónde parte” la hipertensión para producir los daños que la acompañan y que frecuentemente se le atribuyen. Jiménez Díaz, 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.

¹² Kotliar, Carol, “¿La hipertensión causa aterosclerosis o viceversa?”.

¿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 tema,¹³ 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.

¹³ Kaplan, Norman y Victor, Ronald, *Kaplan's Clinical Hypertension*.

CAPÍTULO 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, cuáles podían ser sus normales variaciones, y a constatar estados de evidente hipertensión “puramente sintomáticos”, 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 arterio-capilar 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 diversos 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 porque se constata que hay familias en las cuales la enfermedad hipertensiva se repite con una frecuencia mucho mayor que en otras, sino también 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 “hábito”, 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 destacó 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, neurodisonía vegetativa). Es frecuente encontrar en estos pacientes extrasístoles una 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”.

De más 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 con frecuencia 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 les 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 hacia una hipertensión esencial, y que, cuando eso sucede, no todos los pacientes, aun entre aquellos que no reciben tratamiento, recorrerán las tres fases ni evidenciarán trastornos de una gravedad similar.

CAPÍTULO 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 lo que se publica acerca de esa enfermedad, 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 configuraban una conocida precondition que favorecía el desarrollo futuro de una enfermedad hipertensiva, y que en la actualidad, en cambio, el diagnóstico se apoya exclusivamente en las apreciaciones estadísticas que condujeron a considerar prehipertensivos a pacientes con cifras de la tensión arterial que hasta hace poco se juzgaban normales o normales altas. Esto nos lleva, de manera inevitable, 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 materia”. A partir de este tipo de conocimiento, la ciencia dispone de dos procedimientos que refuerzan sus convicciones. Uno es la experiencia cuando confirma de manera repetida lo que desde nuestra comprensión esperábamos; el otro es el experimento, que nos permite repetir en forma voluntaria, 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.

¹⁴ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*.

¹⁵ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*.

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 ocurren juntas con mucha frecuencia 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 de inmediato 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 conseguido 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 en términos estadísticos 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 sólo 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 *et al.*, en un estudio realizado en 2009,¹⁶ 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.

¹⁶ Citado por Kaplan, Norman y Victor, Ronald, *Kaplan's Clinical Hypertension*.

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 recuento estadístico. En un trabajo publicado en 1984,¹⁷ 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.

¹⁷ Chiozza, Luis *et al.*, “Acerca de la superstición en el uso de la estadística”.

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.

Más adelante, refiriéndonos a la complejidad de los estudios estadísticos (tantas veces subestimada en la interpretación habitual de los datos publicados) que se pone de manifiesto con claridad 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% 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 *et al.*, en 2008,¹⁹ 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?

¹⁸ Wartofsky, Max, *Introducción a la filosofía de la ciencia*, citado por Canteros, J. y Martín, S., “Consideraciones metodológicas sobre la investigación de las fantasías específicas de los distintos procesos somáticos”.

¹⁹ Citado por Kaplan, Norman y Victor, Ronald, *Kaplan's Clinical Hypertension*.

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 Borel,²⁰ “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 número de veces que ese acontecimiento sucede dentro del número de veces en que ese suceso es posible. La probabilidad se expresa por lo general 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 de un modo progresivo. 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 de manera radical 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, podrían 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 ocu-

²⁰ Borel, Emile, *El azar*.

re, puede decirse luego que forma parte del 40%, y si no 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 diccionario,²¹ luego de consignar que “riesgo”, 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 aun 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 solo caso.

²¹ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*.

CAPÍTULO 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 (sis-

²² Houston, Mark, *Handbook of Hypertension*.

tólica) 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 patogénicos 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 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 *et al.*, 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 tomar en cuenta 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 pensarse como una entidad singular, sino como un conglomerado de diferentes subconjuntos de condiciones hemodinámicas. Distinguiendo, por ejemplo, hipertensiones sólo diastólicas en pacientes de mediana edad, o hipertensiones sólo 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. Kaplan,²³ 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 pudieran 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 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 va-

²³ Citado por Mann, Samuel, *Healing Hypertension*.

soconstrictoras 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 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 Bernard (1813-1878) sostenía que “la naturaleza actúa prudentemente resguardando estos importantes fenómenos del capricho de un deseo ignorante.” Añade a continuación “que este resguardo 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 endocrinas.” 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.

²⁴ Cobb, Stanley, *Fundamentos de Neuropsiquiatría*.

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.

Desde el punto de vista funcional, pueden distinguirse, en el sistema nervioso autónomo, dos divisiones principales: por un lado, el sistema parasimpático (que por su ubicación es craneosacral), y por otro, el sistema 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 registran 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, dependen 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 conformar las distintas fases de un “síndrome general de adaptación” (descrito por Selye²⁵) 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 de manera atinada Kaplan y Victor, queda un largo trecho por 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

²⁵ Selye, Hans, *The Stress of Life*.

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 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 de un modo sustancial 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 de 1960, y a partir de los trabajos del famoso fisiólogo norteamericano Guyton (1919-2003), 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 Díaz²⁶ 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 Víctor 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 desenvolvernos 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 nuestras dietas no proviene de la que agregamos a nuestras comidas sino del procesamiento moderno de

²⁶ Lahera Juliá, Vicente y Caramelo Díaz, Carlos, “Homeostasis de la presión arterial”.

los alimentos, que añade sodio y subtrae potasio, y que nuestra preferencia por la ingestión de sal conforma un “hábito” 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 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” de forma recíproca 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, ampliando 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 se eleva, 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-natriúresis desempeña una 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 de manera recíproca.

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 (aferente) 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), la transforma 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 yuxtaglomerular) 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) habría 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 deberían 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 Pouiselle (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 (metarteriolas). 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 1990 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 (aumento 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 año 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 sólo un depósito para el 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 40 mg / dl en el hombre y de 50 mg / dl en la mujer. Una presión arterial igual o mayor a 135 /85 mm de Hg. Una glucosa en ayunas igual o mayor a 100 mg / 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 disminuida. 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 de manera recíproca.

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 con elasticidad, 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 sólo un depósito para el 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 en forma repetida 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 de 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.

CAPÍTULO 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 dónde 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, fue 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 de un modo desaprensivo) 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 sólo en el hallazgo estadístico 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 requiere 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 sólo 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 la cuales finalizamos el capítulo segundo: no todos los estados que se caracterizan como prehipertensivos evolucionarán hacia una hipertensión esencial y, cuando eso sucede, no todos los pacientes, aun 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

Volhard²⁷) 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”. De más 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 quien 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 sólo consiste en medir la presión varias veces y en diferentes circunstancias, dentro y fuera del consultorio médico, recostado o sentado, en diversas horas del día o en distintos estados de ánimo que pueden durar días o semanas. Consiste también, y sobre todo, 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 por qué tiene usted hipertensión, y antes de aceptar que necesita medicación durante toda su vida, asegúrese de que realmente la tiene.”

²⁷ Farreras Valentí, Pedro y Rozman, Ciril, *Medicina interna*.

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 de modo recíproco.

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 de manera errónea 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 de forma espontánea, 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 hipotensores que se usan como 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 hipertenso 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 simpático-adrenal, 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 conciencia 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 blo-

quean 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 recep-

tores 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 de forma especial 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 de manera consciente 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 alfarreceptores, 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 con mayor frecuencia 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 controla su hipertensión el 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 logra 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 higiénico-dietéticas 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 ó 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 hipotensores. Esos trastornos secundarios recorren una amplia gama que no sólo depende 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 plasmático).

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 Lipton,²⁸ 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 sólo 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

²⁸ Lipton, Bruce, *The Biology of Belief*.

todo el organismo e influye, muchas veces de manera indeseada, sobre los otros órganos. Utilizamos por ejemplo antihistamínicos, que alivian con eficacia reacciones de hipersensibilidad como la urticaria intermediadas por la histamina. Pero la histamina es un neurotransmisor 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 de manera inevitable a tocar las notas vecinas de la que queremos pulsar.

CAPÍTULO VI

¿ENFERMEDAD DE ALGO O ENFERMEDAD DE ALGUIEN?

Acerca de lo físico y lo psíquico

Hace poco, en un libro acerca del cáncer²⁹ utilizaba como epígrafe de su primer capítulo una cita de Weizsaecker³⁰ 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, estu-

²⁹ Chiozza, Luis, *Cáncer. ¿Por qué a mí, por qué ahora?*

³⁰ Von Weizsaecker, Victor, “El médico y el enfermo”.

diando 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, cómo se relacionan, o en qué terreno se encuentran, para poder influenciarse mutuamente, los fenómenos físicos y los fenómenos psíquicos. Una extensa cita textual de Hofstadter,³¹ 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

³¹ Hofstadter, Douglas, *Yo soy un extraño bucle. ¿Por qué un fragmento de materia es capaz de pensar en sí mismo?*

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 esas cuatro fuerzas fundamentales.

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, les 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 “mentalica estadística”? Muy sencillo. La pensodinámica es el equivalente de la termodinámica; involucra estructuras y patrones a gran escala [...] 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 “mentalica” 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 “mentalica 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 [...],³³ 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

³² 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.

³³ Omito aquí unas palabras que se refieren a una cita en otra parte del libro.

la mentalica 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”, “agujón”, “picadura”, “aplastar”, etcétera. Percibimos el mundo en términos de ese tipo y no a base de nociones microscópicas como “trompa” o “foliculo 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 partículas 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 hallan 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 sólo 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 aún, 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 epistemológica³⁴ 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 teorías acerca de la complejidad,³⁵ “atraídos” por una meta). No son los hechos, en sí mismos, de una u otra clase. Comprenderlos sólo de una manera u otra, poder interpretarlos de las dos maneras, o encontrarnos con algunos hechos que de ninguna de esas dos maneras logramos entender, 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.

³⁴ Von Weizsaecker, Victor, *Patosofía*.

³⁵ Coveney, Peter y Highfield, Roger, *Frontier of Complexity*.

Taleb³⁶ 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 *a posteriori* las razones por las cuales los hechos que acontecen no coinciden con nuestras conjeturas. Su crítica no sólo abarca a la predicción que se basa en la estadística; cala de manera más profunda para señalar que aun en los casos en que logramos comprender de dónde provienen o hacia dónde 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, de repulsivo, de irreconciliable, en esas cosas que simplemente son y no *quieren decir* nada.”³⁷ 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 normal.”³⁸ 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 equivocarnos,³⁹ 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,

³⁶ Taleb Nassim, Nicholas, *El cisne negro, el impacto de lo altamente improbable*.

³⁷ Merleau-Ponty, Maurice, *Sentido y sinsentido*.

³⁸ Freud, Sigmund, *La interpretación de los sueños*.

³⁹ Chiozza, Luis, *¿Por qué nos equivocamos? Lo mal pensado que emocionalmente nos conforma*.

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 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.” Debemos preguntarnos de nuevo, ¿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 fin.⁴⁰ De todos los conceptos formulados por el creador del psicoanálisis, la

⁴⁰ Freud, Sigmund, *Psicopatología de la vida cotidiana*.

postulación de un psiquismo inconsciente, que ya se halla implícito en la sabiduría de San Agustín cuando señala “lo sabes pero ignoras que lo 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 prosopoagnosia,⁴¹ 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”,⁴² que se observa en algunas personas que, aunque han perdido por completo 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, 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 obras,⁴³ 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 conciencia, y otros no. Como ocurre normalmente con el proceso digestivo, por ejemplo, solemos tener conciencia de que masticamos un alimento, pero es habitual que nada llegue a nuestra conciencia 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 conciencia). 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 sólo un fenómeno físico, un acompañante somático privado de un significado psicológico,

⁴¹ Solms, Mark y Turnbull, Oliver, *The Brain and the Inner World*.

⁴² Damasio, Antonio, *The Feeling of what Happens*.

⁴³ Freud, Sigmund, *Esquema del psicoanálisis*.

ya que le falta, en la conciencia, “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 sólo 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 de manera consciente, 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, con lucidez, 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 solo, 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 puede comprenderse en su sentido contemplando sólo 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 con plenitud 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 de un modo placentero 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”.⁴⁴ 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.

⁴⁴ Freud, Sigmund, *La interpretación de los sueños*.

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 años,⁴⁵ 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 solo de los fenómenos que en su conjunto configuran “la clave” puede descargar toda la excitación que 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 qué manera el signo hipertensión puede ser la expresión enmascarada de una emoción particular oculta.

⁴⁵ Chiozza, Luis, “La enfermedad de los afectos”.

CAPÍTULO 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, cómo se relacionan, o en qué 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 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 trabajos,⁴⁶ dos postulados fundamentales.

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 sólo 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 con atención en este punto porque es muy distinto de lo que “nos enseñaron en la escuela” y de lo que de un modo espontáneo tendemos a pensar. Repitémoslo entonces una vez más: los procesos no son, en sí mismos, unilateralmente físicos o psíquicos, sino que “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 al baño con frecuencia “por culpa” de una diarrea. Pero, entre todos los estados de ánimo que conocemos, el

⁴⁶ Chiozza, Luis, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*.

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 otro elemento de la clave pueden 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. Debemos 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 esencial,⁴⁷ 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 1939⁴⁸ postuló la existencia de un conflicto psíquico inconsciente específico de la 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 haga crónica. 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 Levine⁴⁹ 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

⁴⁷ Chiozza, Luis *et al.*, “El significado inconsciente de la hipertensión arterial esencial”.

⁴⁸ Alexander, Franz, “Factores esenciales en la hipertensión arterial. Presentación de una hipótesis seductora”.

⁴⁹ Reiser, M. F.; Ferris, E. B. (h.) y Levine, M., “Trastornos cardiovasculares, enfermedades cardíacas e hipertensión”.

conflictos descriptos 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 descriptos conflictos entre la hostilidad y la dependencia.

Frente a esta circunstancia, se ha sostenido la teoría de que una debilidad previa del órgano⁵⁰ 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 organoneurótica, deberá buscarse fuera del psicoanálisis. Los intentos realizados en esa dirección 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 dónde 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, de manera unilateral, 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 general.⁵¹ También ha sostenido que del examen de los fines del instinto pueden muchas veces deducirse la fuentes orgánicas que les han dado origen.⁵² A pesar de que esas palabras de Freud definen con claridad la dirección de su pensamiento, la inmensa mayoría de las investigaciones

⁵⁰ Fenichel, Otto, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*.

⁵¹ Freud, Sigmund, *Una teoría sexual*.

⁵² Freud, Sigmund, “Los instintos y sus destinos”.

emprendidas, contrariando su espíritu, intentaron comprender los significados inconscientes de los trastornos que se manifiestan somáticamente, limitándose a considerar sólo 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 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 años,⁵³ 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 1985,⁵⁴ 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 incumplidos,⁵⁵ 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.

⁵³ Chiozza, Luis, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*.

⁵⁴ Scapusio, Juan Carlos, “La hipertensión arterial. Descomposición Patosomática de la coherencia del afecto indignación”.

⁵⁵ Chiozza, Luis, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*.

CAPÍTULO VIII

EL SIGNIFICADO INCONSCIENTE ESPECÍFICO DE LA HIPERTENSIÓN

Las distintas “formas” de la especificidad

Es necesario que recapitulemos 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 fracasan, sino que suelen muchas veces desencadenar efectos 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 orga-

nismo 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”, sobre todo 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 (biosemiótica⁵⁶) avalan la idea de 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 alte-

⁵⁶ Barbieri, Marcelo (Ed.), *Introduction to Biosemiotic. The New Biological Synthesis*; y Hoffmeyer, Jesper, *Biosemiotic. An Examination into the Signs of Life and the Life of Signs*.

ración 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 por un conjunto de “inervaciones” que producen “cambios” físicos; un conjunto que, en la medida en que permite distinguir a ese particular afecto, constituye su “clave”. Agreguemos ahora que, así como una substancia, 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 sólo 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 necesidades;⁵⁷ 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 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 celos⁵⁸), 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 fuentes:⁵⁹ 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 infan-

⁵⁷ Freud, Sigmund, “Proyecto de psicología”; *Tres ensayos de teoría sexual*; “Introducción del narcisismo”; *Inhibición, síntoma y angustia*.

⁵⁸ Chiozza, Luis, *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa; ¿Por qué nos equivocamos? Lo malpensado que emocionalmente nos conforma*; “Sobre lo que nos hace falta”.

⁵⁹ Freud, Sigmund, “Introducción del narcisismo”.

cia (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 señala⁶⁰ que en los estadios primitivos el anhelo de retorno a la omnipotencia y el anhelo de eliminación de la tensión instintiva no se hallan aún diferenciados, de modo que el logro que surge al librarse de un estímulo que produce malestar, disminuye la sensación de desvalimiento y conduce a una restauración de la autoestima. Si tenemos en cuenta que la sensación de hambre ejerce una influencia principal en el sentirse inerte 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, de un modo unilateral, que se merece algo favorable, y la palabra “indignidad” significa precisamente lo contrario.⁶¹

⁶⁰ Fenichel, Otto, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*.

⁶¹ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*.

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 en especial 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 las veces permanece reprimido, se genera de este modo, ya que, atribuyéndose la culpa⁶² suele evitarse en parte el sentirse inerme 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 inerme, desvalido y dependiente de la asistencia ajena y, frente al desasosiego que ese sentimiento produce, se constituye como un reclamo que suele enarbolarse: 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”

⁶² Chiozza, Luis, *La culpa es mía. La construcción de la culpa.*

deriva del latín, y por su origen significa gastar profusamente.⁶³ El vocablo “prodigar” se define⁶⁴ 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 superior.⁶⁵ La prodigalidad, que puede ser vista como una reacción que conduce a transformar una actitud demandante en su contrario, 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 el “hambre” de reconocimiento, frente al sentimiento de indignidad reprimido, 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 seudodignidad que la acompaña, genera el sentimiento de indignación, “un enfado violento provocado en alguien por una acción injusta o reprobable”.⁶⁶ 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

⁶³ Corominas, Joan, *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*.

⁶⁴ Moliner, María, *Diccionario de uso del español*.

⁶⁵ Moliner, María, *Diccionario de uso del español*.

⁶⁶ Moliner, María, *Diccionario de uso del español*.

enfado, la irritación, la indignación, el enojo, la ira, la cólera, hasta la furia.⁶⁷ Darwin, al describir la cólera y la indignación,⁶⁸ 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 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 arterial.⁶⁹ También sostiene:

[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.

⁶⁷ López de la Huerta, L., *Diccionario sinónimos y antónimos*.

⁶⁸ Darwin, Charles, *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*.

⁶⁹ Dumas, Georges, *Nuevo tratado de psicología*.

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 de manera recíproca, 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 cabo de forma adecuada 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 en general 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, con mucha frecuencia, 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) existen una cólera blanca y una cólera roja,⁷⁰ 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, por fin, 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 de un modo transitorio, representan) personajes muy importantes en

⁷⁰ Dumas, Georges, *Nuevo tratado de psicología*; y Morris, Desmond, *El mono desnudo*.

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 reaparición 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

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 conmisericordia, puede todavía certificar que, aunque más no sea, es digna de lástima. Pero también es posible que se indigne y enarbole, como reclamo, un derecho a ser asistida.

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 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 conciencia 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 fundamental 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 de un modo transitorio, 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.

CAPÍTULO 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 pre-

sión... 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 ¡obedeció!... 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 ju-

ventud 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.

CAPÍTULO 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 solo 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 con frecuencia conducen a una lesión vascular y determinan, de ese modo, que la enfermedad se instale. Recordemos también que Samuel Mann asevera, a partir de su vasta experiencia, que la intervención del factor emocional es mucho más frecuente de lo que en general 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 qué “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, en general, 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 Mann,⁷¹ 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 escribe:⁷²

En realidad, entre la técnica sugestiva y la analítica existe una máxima oposición, aquella misma oposición que respecto a las artes encerró Leonardo da 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

⁷¹ Mann, Samuel, *Healing Hypertension*.

⁷² Freud, Sigmund, “Sobre psicoterapia”.

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 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 aquí.⁷³ 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

⁷³ Chiozza, Luis, *Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente*.

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 realiza su vida. El tercero puede resumirse diciendo que deberán establecerse las “reglas del juego” que ayudarán 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, de un modo erróneo 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, de manera esquemática, describimos antes. La situación en la cual se encuentran lesiones vasculares que (con razón o sin ella) se atribuyen a la hipertensión, constituye quizá 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 solo 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 desórdenes físicos y el malestar emocional que hace crisis en ese momento de sus vidas. La conciencia de esa doble necesidad nos llevó a diseñar, en 1972, junto con Enrique Obstfeld, un método que denominamos, inspirados por la obra de Weizsaecker, patobiografía,⁷⁴ y que continuamos utilizando sin interrupción desde entonces, en Buenos Aires, y después en Italia (Perugia) y en Córdoba (Río Cuarto).

No es 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 cuáles son las ventajas de una patobiografía, pero también queda claro que influirá muy poco en los rasgos de carácter

⁷⁴ Chiozza, Luis, “La conmovedora experiencia de resignificar una historia”.

que conducen a un paciente, una y otra vez, a “elegir” alguna enfermedad en el intento vano de “resolver” su vida. No cabe duda de que el objetivo “de 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 lugar⁷⁵) 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.

⁷⁵ Chiozza, Luis, “¿Tratamiento de algo o tratamiento de alguien?”.

CAPÍTULO 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 desgarbada, hace pensar que está un poco fuera de forma; aunque quizá 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 van a pagarlas.

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, tú sabes, con la *mamma*.

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? ¿Tú 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 tú, lo decide el consorcio... ¡Te los pago yo! Dos días, la pones aquí... mira lo que debes, 1600 euros.

—¡*Mamma* 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, si no 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, en forma comedida, 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

qué 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 señora? —y continúa— ¡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. Donde 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, con diligencia, 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. Tuvo 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 dónde 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, *mamma*. Vengo a pedirte un favor. La madre del administrador quiere ver televisión.

Valeria, al mismo tiempo lo amonesta:

—Cómo... ¿aún 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 agradeceré... 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 ésta.

Y Marina repite:

—“Vas a ver... con ésta”... 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. Sí, 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 quien 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... sólo 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 vaya a verlo 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, veinte minutos antes, un comprimido blanco de domperidona. Lo mismo a la noche, a las 21 hs, veinte 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”— lácteos, quesos y derivados, porque ella tiene intolerancia a los lácteos, y le provocan un dolor de ca-

beza 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 qué 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 grísín. El tema de la conversación gira siempre en torno 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 preparé 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... *Mamma... Mamma...* la mesa está lista... discúpenme un momento.

Mientras Gianni sale, Gracia pregunta:

—¿Apetito?

Y María contesta:

—¡Con ganas de comer la *pasta al forno*!

Ambas se ríen.

—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:

—*Mamma*... mira quiénes 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 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 cuadras de ahí, 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 “ma-nejo” 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 de que la situación lo supera.

Gianni vuelve a su habitación, en donde duerme Gracia, 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 María, 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 qué bonito le queda el sombrero. ¿No está lindo?

Y Gianni se apura a confirmarle que realmente le queda muy bien. Las cuatro ancianas por fin han confraternizado, y Valeria 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, re-

pasará 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 primos. 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 cuántos 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, con entusiasmo 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 que 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.

CAPÍTULO 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, entretrejido 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 isquémicas⁷⁶ 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 descrito⁷⁷ como típicos de la ignominia, un afecto muy próximo a la indignación, de la cual nos 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 con claridad en uno mismo ni adjudicarse de manera definitiva 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, por fin, 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,

⁷⁶ Chiozza, Luis, “Un infarto en lugar de una ignominia”.

⁷⁷ Chiozza, Luis, “Un infarto en lugar de una ignominia”.

sobre todo, 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 ha “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— 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 en forma excesiva con Gianni, usando como pretexto el episodio con el televisor. De acuerdo con 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 le 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 además debe oír que él “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 solo de los elementos que normalmente lo constituyen.

El reflejo de nuestro protagonista en su propia galería de espejos

Si nos preguntamos ahora qué 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...

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, Franz, “Factores esenciales en la hipertensión arterial. Presentación de una hipótesis seductora” [1939], *Revista de Psicoanálisis*, Tomo II, núm. 1, Buenos Aires, APA, 1944-1945.
- Barbieri, Marcelo (ed.), *Introduction to Biosemiotic. The new Biological Synthesis*, Berlín, Springer, 2008.
- Borel, Emile, *El azar*, Buenos Aires, Ediciones Tridante, 1945.
- Canteros, J. y Martín, S., “Consideraciones metodológicas sobre la investigación de las fantasías específicas de los distintos procesos somáticos”, en Chiozza, Luis *et al.*, *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, Buenos Aires, Ediciones Universidad del Salvador, 1979.
- Chiozza, Luis, “La enfermedad de los afectos” [1975], en *Obras Completas*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008.
- Chiozza, Luis, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* [1963], en *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008.
- Chiozza, Luis, *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, Colección Puentes, 2007.
- Chiozza, Luis, “Un infarto en lugar de una ignominia” [1986], *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, en *Obras Completas*, Tomo XIV, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008.
- Chiozza, Luis, “La conmovedora experiencia de resignificar una historia” [2005], *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, en *Obras Completas*, Tomo XIV, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008.
- Chiozza, Luis, *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, Colección Puentes, 2008 [primera edición: 2005].

- Chiozza, Luis, *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa* [2005], en *Obras Completas*, Tomo XV, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008.
- Chiozza, Luis, *¿Por qué nos equivocamos? Lo malpensado que emocionalmente nos conforma*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, Colección Puentes, 2008.
- Chiozza, Luis, *¿Por qué nos equivocamos? Lo malpensado que emocionalmente nos conforma*, en *Obras Completas*, Tomo XVI, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008.
- Chiozza, Luis, “¿Tratamiento de algo o tratamiento de alguien?”, en Etcheverry, Guillermo Jaim *et al.*, *¿Por qué ser médico hoy?*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, Colección Puentes, 2009.
- Chiozza, Luis, “¿Tratamiento de algo o tratamiento de alguien?”, en *Obras Completas*, Tomo XVII, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008.
- Chiozza, Luis, “Sobre lo que nos hace falta”, *Cáncer. ¿Por qué a mí, por qué ahora? Anexo gráfico*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, Colección Puentes, 2010.
- Chiozza, Luis, *Cáncer. ¿Por qué a mí, por qué ahora?*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, Colección Puentes, 2010.
- Chiozza, Luis, *Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2010.
- Chiozza, Luis, *La culpa es mía. La construcción de la culpa*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2011.
- Chiozza, Luis *et al.*, “Acerca de la superstición en el uso de la estadística” [1984], en *Obras Completas*, Tomo V, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008.
- Chiozza, Luis *et al.*, “El significado inconsciente de la hipertensión arterial esencial” [1992], en *Obras Completas*, Tomo XI, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008.
- Cobb, Stanley, *Fundamentos de Neuropsiquiatría*, Buenos Aires, Suescun Barrenechea Editores, 1954.
- Corominas, Joan, *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Madrid, Gredos, 1983.
- Coveney, Peter y Highfield, Roger, *Frontiers of Complexity*, Nueva York, Fawcett Columbine, 1995.
- Damasio, Antonio, *The Feeling of what Happens*, Heinemann, Londres, Heinemann, 1999.
- Darwin, Charles, *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales* [1872], Buenos Aires, Sociedad de Ediciones Mundiales, 1967.

- Díaz Martínez, Javier, “Patogenia de la hipertensión arterial”, en Avendaño, Hernando, *Nefrología clínica*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2008.
- Dumas, Georges, *Nuevo tratado de psicología* [1932-1933], Buenos Aires, Kapelusz, 1962.
- Farreras Valentí, Pedro y Rozman, Ciril, *Medicina interna*, Barcelona, Marín, 1972.
- Fenichel, Otto, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, Nueva York, Norton, 1945.
- Freud, Sigmund, “Proyecto de psicología” [1895], en *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976-1985.
- Freud, Sigmund, *La interpretación de los sueños* [1899], en *Obras completas*, Tomo I, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967-1968.
- Freud, Sigmund, *Psicopatología de la vida cotidiana* [1901], en *Obras completas*, Tomo VI, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976-1985.
- Freud, Sigmund, “Sobre psicoterapia” [1904], en *Obras Completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967-1968.
- Freud, Sigmund, *Tres ensayos para una teoría sexual* [1905], en *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976-1985.
- Freud, Sigmund, *Una teoría sexual* [1905]. Título de la edición de Biblioteca Nueva de 1972: *Tres ensayos para una teoría sexual* [1924], “El problema económico del masoquismo”, en *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967-1968.
- Freud, Sigmund, “Introducción del narcisismo” [1914], en *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976-1985.
- Freud, Sigmund, “Los instintos y sus destinos” [1915], en *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967-1968.
- Freud, Sigmund, *Inhibición, síntoma y angustia* [1925], en *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976-1985.
- Freud, Sigmund, *Esquema del psicoanálisis* [1938], en *Obras completas*, Tomo XXIII, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1982-1985.
- Hart, Peter y Bakris, George, “Primary (Essencial) Hypertension”, en Lerma, Edgar; Berns, Jeffrey; Nissenson, Allen, *Nephrology and Hypertension*, Nueva York, Lange Medical Books, McGraw Hill, 2009.
- Hoffmeyer, Jesper, *Biosemiotic. An Examination into the Signs of Life and the Life of Signs*, Chicago, University of Scranton Press, 2008.
- Hofstadter, Douglas, *Yo soy un extraño bucle. ¿Por qué un fragmento de materia es capaz de pensar en sí mismo?* [2007], Barcelona, Tusquets editores, 2008.
- Houston, Mark, *Handbook of Hypertension*, Oxford, Wiley-Blackwell, 2009.

- Jiménez Díaz, Carlos, *Lecciones de Patología Médica*, Madrid-Barcelona, Editorial Científico Médica, 1947.
- Kaplan, Norman y Victor, Ronald, *Kaplan's Clinical Hypertension*, Filadelfia, Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
- Kaplan, Norman y Weber, Michael, *Hypertension Essentials*, Massachusetts, Physicians' Press, 2010.
- Kotliar, Carol, “¿La hipertensión causa aterosclerosis o viceversa?”, en Esper, Kotliar, Barontini y Forcada, *Tratado de mecánica vascular e hipertensión arterial*, Buenos Aires, Editorial Intermédica, 2010.
- Lahera Juliá, Vicente y Caramelo Díaz, Carlos, “Homeostasis de la presión arterial”, en Avendaño, Hernando, *Nefrología clínica*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2008.
- Lipton, Bruce, *The Biology of Belief*, Santa Rosa CA, Mountain of Love / Elite Books, 2005.
- López de la Huerta, L., *Diccionario sinónimos y antónimos*, Barcelona, Bibliograf, 1979.
- Majul, Claudio, “Normativas de la medición de la presión arterial”, en Esper, Kotliar, Barontini y Forcada, *Tratado de mecánica vascular e hipertensión arterial*, Buenos Aires, Editorial Intermédica, 2010.
- Mann, Samuel, *Healing Hypertension*, Nueva York, John Wiley & Sons, Inc., 1999.
- Merleau-Ponty, Maurice, *Sentido y sinsentido* [1948], Barcelona, Península, 1977.
- Moliner, María, *Diccionario de uso del español*, Madrid, Gredos, 1986.
- Morris, Desmond, *El mono desnudo* [1967], Buenos Aires-Madrid, Hyspamérica, 1986.
- Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, Madrid, RAE, 1992.
- Reiser, M. F.; Ferris, E. B. (h.) y Levine, M., “Trastornos cardiovasculares, enfermedades cardíacas e hipertensión” [1954], en Wittkower, E. D. y Clegghorn, R. A. (eds.), *Progresos en medicina psicosomática*, Buenos Aires, Eudeba, 1966.
- Scapusio, Juan Carlos, “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.
- Selye, Hans, *The stress of life*, Nueva York, McGraw-Hill, 1956. Edición en castellano: *La tensión en la vida*, Buenos Aires, Compañía General Fabril Editora, 1960.
- Solms, Mark y Turnbull, Oliver, *The Brain and the Inner World*, Nueva York, Other Press, 2002.

- Taleb Nassim, Nicholas, *El cisne negro, el impacto de lo altamente improbable* [2007], Buenos Aires, Paidós, 2010.
- Von Weizsaecker, Victor, “El médico y el enfermo”, *Die Kreatur*, revista editada por Victor von Weizsaecker, Martin Buber y Joseph Wittig, traducción de Dorrit Busch, 1927.
- Von Weizsaecker, Victor, *Patosofía* [1950], Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2005.
- Wartofsky, Max, *Introducción a la filosofía de la ciencia* [1968], Madrid, Alianza Editorial, 1973.

