

Excmo. Sr. Presidente

Ilmo. Sr. D. Carlos Sprekelsen Gassó  
Señoras y señores

**DISCURSO DE INGRESO EN LA REAL ACADEMIA  
DE MEDICINA DE MURCIA**

(día 27 de junio de 1986)

El hecho de haber sido elegido Académico supuso para mí la doble satisfacción de haber alcanzado un hito personal que marca un punto y de haberme incorporado a una institución de prestigio y profesional por otra.

**"DEL SINTOMA A LA PERSONALIDAD  
EN OTORRINOLARINGOLOGÍA"**

Quando hace 10 años, gracias a la oposición, obtuve una plaza de profesor de esta Universidad, comencé una nueva etapa en mi vida, auxiliada por el apoyo de mi familia y de mis amigos. Era adaptar a una familia a una nueva plaza, a una nueva vida, a una nueva en sus gestos; esta incógnita se ha despejado completamente a lo largo de estos diez años. Tierra alegre y acogedora, que cala hondo y donde las raíces se han hecho profundas.

La segunda incógnita, la planteaba una Facultad nascente cuya infraestructura consistía en 2 aulas, un Hospital Provincial entusiasta y unos pocos profesores ilustres. Hoy, todavía no se ha acabado de despejar, a pesar de la diferencia abismal entre la docencia clínica de hoy y de entonces. Pero estamos convencidos de que la concientización social sigue en aumento, de forma lenta e imparable, y de que la mejora de los recursos sanitarios es irreversible y favorable para la docencia pre y postgraduada. Mientras tanto me consuela haber contribuido a la formación de numerosos especialistas en la región, esca-

*Excmo. Sr. Presidente,*

*Illmos. Sres Académicos y personalidades asistentes,*

*Señoras y señores:*

El hecho de haberme elegido Académico supone para mí la doble satisfacción del reconocimiento de murcianía adoptiva por una parte y de innmerecida valoración de mis cualidades personales y profesionales por otra.

Cuando hace 10 años, gané mediante oposición una plaza de profesor de esta Universidad, comenzó una nueva etapa en mi vida, presidida por dos grandes incógnitas: la primera incógnita, era adaptar a una familia a una tierra que, sin ser extraña, era nueva en sus gentes; esta incógnita se ha despejado completamente a lo largo de estos diez años. Tierra alegre y acogedora, que cala hondo y donde las raíces se han hecho profundas.

La segunda incógnita, la planteaba una Facultad naciente cuya infraestructura consistía en 2 aulas, un Hospital Provincial entusiasta y unos pocos profesores ilusionados. Hoy, todavía no se ha acabado de despejar, a pesar de la diferencia abismal entre la docencia clínica de hoy y de entonces. Pero estamos convencidos de que la concienciación social sigue en aumento, de forma lenta e imparable, y de que la mejora de los recursos sanitarios es irreversible y favorable para la docencia pre y postgraduada. Mientras tanto, me consuela haber contribuido a la formación de numerosos especialistas en la región, esca-



sísima de ellos hace 10 años. Y también mantiene la ilusión la lucha continua por mantener una docencia digna, con altibajos de desánimo y de esperanza, en esta acogedora tierra.

A lo largo de estos diez años muchas han sido las satisfacciones, y entre ellas debo mencionar el nacimiento de una hija murciana, el éxito del Congreso Nacional de la Sociedad Española de O.R.L. organizado por mí en La Manga, y el acceso por concurso de méritos a Catedrático. Pero ahora adquiere una especial significación mi elección por ustedes, incluyéndome junto a ilustres personalidades de la medicina murciana que formaron y forman parte de la Real Academia de Medicina y Cirugía.

Quiero pues agradecer a los ilustres académicos mi elección; y quiero también hacer especial mención en el agradecimiento a dos ilustres ex-presidentes de la Academia que fueron pioneros en su deseo de incorporarme, y me propusieron con ahínco: son los Dres. Ramón Sánchez-Parra e Isidoro Mínguez. Deseo ahora agradecersele públicamente.

También tengo que agradecer el haber aceptado la contestación a mi discurso a mi amigo Demetrio Barcia, hombre de Escuela, cuyo padre fue uno de mis maestros en el pensar médico.

Y por último, agradecerles a todos los presentes su deferencia. Jamás pensé que fuera tan difícil elegir un tema adecuado para confeccionar un discurso que debe reunir unas características determinadas. Decidí elegir un tema que siempre ha despertado en mí gran interés y que con el paso de los años ha supuesto una verdadera experiencia en mi labor asistencial. El contenido enlaza muy bien con los cada vez mayores problemas que plantea la asistencia masificada, de la que un perfecto ejemplo es la otorrinolaringología. Estamos convencidos muchos de que la imposibilidad práctica de realizar una asistencia personalizada genera por sí misma más enfermedad. Por ello hemos dedicado el discurso a comentar estos problemas, titulándolo "DEL SINTOMA A LA PERSONALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGÍA".

El conjunto del discurso comprende una introducción con una justificación general del tema, un comentario breve sobre las correlaciones psicosomáticas en otorrinolaringología, y una muestra de afecciones típicas en donde el factor psico-social adquiere importancia, como las Rinitis, las Cefaleas y los Vértigos. Concluyendo sobre



la importancia de la personalización en la atención otorrinolaringológica.

En el informe sobre la asistencia farmacéutica en España, de 1977, citado por Barcia Salorio (1), en su discurso sobre "Necesidad de una Medicina Antropológica", se valora en 96.000 millones de pesetas el costo de la salud en 1973. Frente a ello contrastaba que en ese año, el 41% de la población investigadora no estaba satisfecha con la asistencia médica en su conjunto; y sólo el 28% de los pacientes estaban de acuerdo con la asistencia recibida en los nuevos y costosos hospitales de la red de la Seguridad Social.

Desde nuestra perspectiva actual llama la atención el elevado número de población insatisfecha, siendo precisamente la época del "boom" hospitalario, de los macrohospitales, del fantasma de la megalomanía sanitaria. Con total olvido de la medicina socializada extrahospitalaria. Hay que decir que no todo fueron defectos. Junto a la aparición del gran síndrome del hospitalismo, se alcanzó un nivel de sofisticación de medios, y una calidad técnica asistencial, indiscutible y necesarias. Algunos años antes, de los Hospitales Universitarios se había desplazado un número muy importante de profesionales a ocupar los puestos de responsabilidad de los hospitales de la Seguridad Social. Y a partir de ellos se fueron constituyendo nuevos grupos y escuelas, en beneficio de los nuevos licenciados. El trato de favor en cuanto a dotación de medios para hacer frente a una medicina masificada permitió a muchos aprovechar casuística y medios de una forma racional y equilibrada en beneficio del saber médico y del saber quirúrgico, estableciendo competencias duras frente a hospitales de Educación y Ciencia y de las Diputaciones, con presupuestos cada vez más bajos.

Al mismo tiempo y a lo largo de los últimos 15 años, las cifras de insatisfacción por parte de la población asegurada no sólo no han mejorado sino que me atrevo a asegurar que han empeorado. Y no por desconfianza en la capacidad técnica de los equipos de salud. Los conceptos de asistencia primaria y prevención de salud están mejor entendidos y aplicados. La formación profesional de los equipos está fuera de toda duda. El nivel de conocimientos técnicos es de primera línea. ¿Qué es lo que falla? El concepto de salud y enfermedad está cambiando y el tejido social adopta nuevos entramados, en el proceso de evolución antropológica y social. Pero los programas



de salud tardan en adaptarse, favoreciendo la aparición de nuevas enfermedades y dependencias, olvidando cada vez más al protagonista de la enfermedad, el individuo en su contexto de relaciones humanas y sociales.

Quando se habla de Medicina Social, a menudo se olvida el concepto de Von Weizsäcker: la "Enfermedad Social" es consecuencia de un mal enfoque de la Medicina Social por no tener en cuenta la perturbación de las relaciones humanas a nivel individual y social.

En este sentido, tras largos años de experiencia clínica, Jores (10), profesor de Medicina Interna de la Universidad de Hamburgo, definía un grupo frecuente de enfermedades, como "enfermedades específicamente humanas". Una serie de afecciones en las que los problemas del sujeto y sus fracasos humanos son más importantes que las lesiones somáticas; estas enfermedades sólo se dan en el animal si se modifica su medio social. Es decir, que como enfermedades nacen de la propia naturaleza del individuo.

Quando el otorrinolaringólogo, desde su parcela de responsabilidad médica, constata que en su especialidad médico-quirúrgica dedicada a las afecciones de las vías aéreas y digestivas superiores y a la patología cérvico-facial, una cifra no inferior al 20% de sus pacientes aquejan alteraciones funcionales, también se pregunta qué es lo que pasa. Cuando los medios y aparatos de exploración y diagnóstico más sofisticados nos descartan la ausencia de lesiones y nos demuestran la normalidad orgánica, mientras el individuo como paciente es una realidad, empezamos a ser más aficionados a la antropología.

Queremos claves de interpretación y comprensión. La "enfermedad social" se nos aparece como algo resistente a las terapéuticas convencionales médicas o quirúrgicas.

Quando el otorrinolaringólogo se hace consciente de que sus conocimientos técnicos y científicos adquiridos en un programa oficial de formación, y contrastados posteriormente en el ejercicio responsable de su profesión, son insuficientes para resolver problemas considerados habitualmente "médicos" o "quirúrgicos", puede caer en una grave frustración. ¿Mis criterios no son válidos?, se puede preguntar. La experiencia enseña que no debe ser así. Que vivimos en un contexto científico excesivamente analítico, estructurado de forma jerárquica (aunque a veces se confunda este término con autoritarismo) adecuada, y con tareas y responsabilidades repartidas entre las di-



versas especialidades. En este contexto se trata de llegar a una síntesis definitiva. Así por ejemplo, un paciente con vértigo requiere diversos test de exploración con aparatajes más o menos sofisticados; interviniendo el otólogo, el neurólogo, el oftalmólogo, el internista y con frecuencia el psiquiatra o psicólogo médico, en el contacto directo con el individuo como paciente. Hay que realizar la síntesis, pero no siempre aparece el director de orquesta. El paciente, como colección o suma de órganos, aparatos, etc., no puede evitar como individuo que sus reacciones emocionales se dispersen al relacionarse con diversos elementos del sistema fragmentario jerárquico. Aunque los datos medibles se han recogido de forma perfecta para conocer la presencia o ausencia de lesión, no es raro que el paciente no esté satisfecho. Bien la falta de ese director de orquesta o coordinador entre las diversas exploraciones; bien la desconfianza en los aparatos como único dogma de diagnóstico y tratamiento; bien el descuido de los aspectos psíquicos del enfermo del cuerpo; bien la simple falta de tiempo del equipo médico, impiden una mayor satisfacción del paciente por el sistema de atención que se le ofrece.

Pero lo que quizás complica más la situación, es la excesiva fragmentación a que se ha llegado, en especial en los sistemas de atención hospitalaria. Muchos pacientes, como consecuencia de ello, han creado una nueva conciencia de los procesos patológicos. Es en realidad una mala educación sanitaria. El paciente se constituye entonces en un espectador, para ver cómo un equipo sanitario de especialistas trata de curar su enfermedad. Confían completamente en la técnica como medio curativo sin que ellos como enfermos intervengan para nada. Por tanto su capacidad de reacción para curar frente al proceso patológico se pierde. Deben ser las medicinas y aparatos y/o la cirugía quienes den la solución. Es una postura cómoda y fácil, tanto en su aspecto somático como económico. Es el polo opuesto a la desconfianza en los aparatos.

No quisiera que se me acusara de derrotista o pesimista. Al contrario, soy defensor de una medicina de alta tecnología. ¡Y qué mayor satisfacción profesional que curar una sordera o un cáncer de laringe con una técnica quirúrgica! ¡Y qué magnífica esperanza de futuro ofrece la técnica electrónica o la farmacológica para encontrar soluciones que hasta hoy son solamente quirúrgicas! Por lo tanto no quisiera que se interpretase como una acusación de fracaso



del actual sistema sanitario, del que somos partícipes y nos sentimos integrados, pero también tenemos la obligación de manifestar nuestras inquietudes.

Quisiera que este discurso pudiera alcanzar las cotas de una Tesis para ofrecer mis propias soluciones. Elegiría como hipótesis de trabajo, de acuerdo con Balint, la siguiente: ¿Cómo integrar una relación médico-enfermo en la dimensión técnica de la medicina de hoy? Pero no dispongo del material ni del método adecuados. También sería pretencioso, por no decir imposible, ofrecer en este discurso un nuevo modelo sanitario, como afirma Barcia Salorio (5), que atienda por completo el enfoque antropológico de la medicina. Por lo tanto, el que esperaba más de este discurso, no debe sentirse defraudado.

Sí que me siento tentado de realizar un análisis de la formación del médico y del especialista, en relación con estos temas. También llega la tentación a sumergirme en el tema de la socialización de la asistencia sanitaria, el papel de la sociedad industrial y el stress, e incluso a bucear como amateur en las claves de la conducta. No será este el objetivo. Sin embargo, quisiera que este discurso sirviera, y no sólo de forma testimonial, para la toma de conciencia de una medicina cada vez más antropológica, que fuera el grano de arena que desde una parcela de la medicina, en este caso la otorrinolaringología, se aporta para que planifiquemos todos en conjunto la mayor relación médico-enfermo en el contexto tan tecnificado de la medicina actual. Sin prescindir de la técnica ni de la relación humana, sino ensamblando ambas de forma armoniosa y sin fragmentaciones innecesarias.

Para conseguir el objetivo, revisaré desde nuestra perspectiva, una serie de afecciones de mi especialidad, en cuya cadena etiopatogénica (es decir la unión de eslabones causales con los del mecanismo íntimo de producción), es posible añadir un eslabón más: el psíquico. Son las que a menudo falla la técnica en su tratamiento, y requieren un verdadero acercamiento psicosomático al paciente. Las que ya Mathias Whering (25), decía en 1918, que "el médico debe aproximarse al paciente sin ruido ni indiscreción". O mejor aún, como afirma Schlegel (20), pacientes en los que "habría que quitarse la bata interiormente. Hay que dejar la pluma sobre la mesa, apartar la ficha de la anamnesis, poner una pierna sobre la otra y cruzarse



de brazos...” “...son los que se convierten en amistades, y la consulta se convierte en un encuentro...”. Y por último, son aquéllos que cada día se ven con más frecuencia en las consultas y a los que no se les puede negar un condicionamiento psicosocial, como las enfermedades sociales.

Dicho de otro modo, es perfectamente posible establecer una serie de correlaciones psicosomáticas en otorrinolaringología. ¿Qué se pretende decir con esto?

Se dice que psicosomática es toda la medicina puesto que se ocupa del hombre como ser vivo en el que se conjugan un cuerpo o soma y una esfera intelectual y espiritual, formando la unidad psicosomática. Dicho de otro modo, que toda enfermedad es de una persona, y en toda persona intervienen siempre el soma y el nivel intelectual. También parece cierto (López-Ibor Aliño) (14) que hasta en las enfermedades más típicamente somáticas, el plano psíquico se patentiza, al menos en la actitud que toma el hombre ante la enfermedad. Por eso, ante la tecnificación y socialización, no hay que olvidar la “psicologización” cada vez mayor de la medicina moderna.

La existencia de amplias correlaciones psicosomáticas en ORL es un hecho incuestionable y comprobado experimentalmente.

Wolff y cols. (26), comprobaron las variaciones de ciertas mucosas orgánicas en relación con experiencias vitales de un individuo, y en relación con situaciones provocadas experimentalmente. Así, en la mucosa nasal comprobaron que los conflictos sostenidos producen hiperemia y tumefacción, mientras que las situaciones de pánico empalidecen y secan la mucosa. Y en algunos casos, en que la situación emotiva es intensa y sostenida, observan la aparición de punteados hemorrágicos en la mucosa nasal. En la secreción nasal, predominan los neutrófilos o los eosinófilos según la situación psíquica.

En otra experiencia, Noelpp y cols. (19), provocan experimentalmente crisis asmáticas en el cobaya por medio de antígenos o de histamina, y al mismo tiempo emplean un estímulo sonoro. Los animales se condicionan de forma tal que llega un momento que el estímulo sonoro es suficiente para provocar la crisis. Caben diversas posturas de explicación de este fenómeno. Los que prefieren achcarlo únicamente a una cadena de asociaciones de las vías nerviosas cerebrales; o bien explicarlo a través de conceptos conductistas.



Del mismo modo que se conocen innumerables reacciones que aparecen en situaciones especialmente difíciles, como por ejemplo el mareo de un sujeto que sale ileso de un accidente de tráfico, o la sequedad de garganta durante el miedo, existen numerosos ejemplos experimentales en los que, como dice P. B. Schneider (21), se demuestra que es posible integrar la psicología médica y la tendencia psicosomática, con la medicina clásica basada en una metodología biofísica y bioquímica.

Hoy debemos admitir que los efectos somáticos son siempre reacciones afectivas que se localizan en zonas precisas del sistema nervioso central, tales como el hipotálamo y el sistema límbico. De forma tal que atribuimos los procesos afectivos a la organización estructural del cerebro, que controla al sistema nervioso periférico. Con la experimentación animal ha sido posible provocar enfermedades aparentemente psicosomáticas en el animal, con tal de que se le ponga en situaciones análogas a las que produjeron estos trastornos en seres humanos.

Desde mi perspectiva de otorrinolaringólogo clínico, puedo afirmar dos hechos, a pesar de no ser psicólogo: uno, que el factor psicológico o psíquico influye con frecuencia extraordinaria, y en general sólo se pone de manifiesto de forma clara cuando la relación médico-paciente es completa. Dos, que el factor psíquico puede influir de diversas formas: como causa, como efecto, a bien como un eslabón de un círculo ya constituido como "vicioso".

Se puede hablar también de la frecuencia y decir que el factor psíquico es muy frecuente, sin aportar datos personales exactos. Es significativo que la O.M.S. diga que una de cada tres personas, en el mundo, padece un trastorno afectivo. También me parece significativa la encuesta que un grupo de psiquiatras europeos, entre los que se encontraba López-Ibor Aliño (14), realizó en 1972, hallando que entre el 10 y el 20% de los pacientes vistos por los médicos generales tenían trastornos depresivos.

En la clínica otorrinolaringológica el factor psicógeno se nos presenta en mi opinión de tres formas fundamentales: la primera forma, es como "causa": unas veces es factor único, que desencadena una reacción funcional u orgánica (por ejemplo, muchas cefaleas), y otras veces es un eslabón más de la cadena de factores etiopatogénicos (como por ejemplo, en Rinitis alérgicas o vasomotoras, o en algunos



tipos de vértigo). La segunda forma de presentarse es como "consecuencia": la afectación psíquica del laringectomizado, los problemas del sordo profundo, etc. La tercera forma es la del "círculo vicioso": se imbrica el factor psicológico como causa o consecuencia. En realidad son los casos en que el estímulo produce una excesiva reacción, dejando secuelas. Al no compensarse bien las secuelas, sirven de propio estímulo patógeno, en conjunción con otros factores funcionales u orgánicos. Es el caso de muchos vértigos.

Aunque fuera mi deseo, sería desbordar los límites horarios de este discurso pretender analizar todos aquellos síndromes o entidades nosológicas de nuestra especialidad en las que el factor psicógeno adquiere mayor o menor protagonismo. Por ello he escogido una muestra muy típica por la frecuencia de consulta. Comentaremos aspectos de las Rinitis vasomotoras, las Cefaleas y los Vértigos, antes de llegar a la conclusión general del discurso.

## RINITIS VASOMOTORAS

Denominamos así a todas las rinitis en las que el mecanismo vasomotor es responsable de una obstrucción y por tanto una insuficiencia respiratoria nasal, como síntoma predominante. Las causas pueden ser antigénicas o no antigénicas. Si la causa es antigénica, nos encontramos ante la rinitis alérgica o atópica. Es una enfermedad de vías respiratorias altas en la que como en el asma atópico o en el eczema atópico, la causa es el alérgeno, en este caso el polen. El alérgeno produce una doble respuesta: la inmunitaria y la no inmunitaria. La respuesta genuina inmunitaria, con el anticuerpo IgE, responde a un mecanismo tipo I de la clasificación de Gell y Coombs. La respuesta no inmunitaria, hace intervenir al sistema nervioso vegetativo, que tiene unas "muletas" indispensables: el AMP y el ATP cíclicos, que son los elementos fundamentales de la denominada segunda vía de respuesta o de los nucleidos cíclicos.

Ambas respuestas, en estrecha relación, se encargan de provocar los fenómenos de vasodilatación y vasoconstricción a través de la fibra lisa del sistema cavernoso de los cornetes y de la presencia de neuropéptidos NPY (tal como se ha demostrado en trabajos realizados recientemente en nuestra Facultad de Medicina). Cada vez conocemos mejor los mecanismos gracias a los bioquímicos, inmunólogos e



histiopatólogos. Gracias a estos conocimientos, en nuestra interpretación clínica llegamos a la conclusión personal que Rinitis alérgica y vasomotora son una misma cosa, y que se diferencian en el tipo de estímulo. Preferimos hablar de Rinitis vasomotora en general con el apellido de "alérgica" o "vasomotora no alérgica", que algunos prefieren denominar "colinérgica". En el primer caso, el alérgeno es el polvo y en el segundo el estímulo puede ser mecánico, químico, etc. (frío, calor, humo, amoníaco, etc.). Sin embargo, en la observación clínica diaria hay un hecho concluyente y conocido: no todos los individuos responden con obstrucción nasal o rinitis ante el mismo estímulo, sea específico o inespecífico. La sensibilidad individual varía, en función de una serie de factores etiopatogénicos. Y si analizamos cuidadosamente la anamnesis, encontramos una frecuencia significativa de la emoción y del stress. Son capaces de desequilibrar el sistema vegetativo y la segunda vía, la de los nucleótidos cíclicos. Y por lo tanto, pueden modificar la respuesta alérgica y además ser capaces de desencadenar fenómenos vasomotores similares a los desencadenados por alérgenos.

La medicina psicosomática interpreta los hechos a su modo y manera, no siempre aceptada o comprendida por nosotros. Cuando interpreta la alergia, dice que la persona alérgica tiene una personalidad cuyo perfil caracterológico es de inseguridad afectiva, necesidad de protección y de amor, así como de un vínculo persistente. La alergia sería una reacción equiparable al llanto reprimido. Me parece una explicación simplificada de algo tan complicado en su patogenia y en su tratamiento. Sin embargo hemos de reconocer el hecho real de que tanto una reacción vasomotora nasal (alérgica o colinérgica), como un asma atópico en plena crisis pueden mejorar con el llanto. No se puede entonces negar que las Rinitis vasomotoras son también enfermedades en las que influye la adaptación (o reacción defensiva primitiva), independientemente de su etiología. Y que tienen influencia psicosocial inespecífica mal conocida, bastante peor de lo que lo es su patogenia a nivel tisular y bioquímico. Y que su frecuencia va en aumento.

## CEFALEAS

Motivo frecuente de consulta ORL es la cefalea. También las algias supra o infraorbitarias. Se trata entonces de descartar o confirmar



una sinusitis maxilar, frontal, etmoidal o esfenoidal. Se trata otras veces de etiquetar una neuralgia de localización facial o temporal. Pero descubierta una causa orgánica evidente, como es por ejemplo un contenido líquido mucopurulento en un seno maxilar, y realizado el tratamiento adecuado, no es infrecuente que con la curación del proceso orgánico, no desaparezca la cefalea. ¿Qué ha ocurrido aquí? ¿Ha habido un planteamiento terapéutico mal hecho? No lo ha habido, pues el contenido mucopurulento del proceso infeccioso ha desaparecido. El estado general ha vuelto a la normalidad. Si la cefalea no ha desaparecido habrá que buscar causas no orgánicas.

En realidad, hoy ya no podemos plantear lícitamente si es obligatorio o no que todas las sinusitis causen cefalea. Como afirman Labrador y Vallejo (13) el 90% de las cefaleas deben ser consideradas como "funcionales", sin lesión orgánica aparente. Las tres categorías básicas de cefaleas: tensionales, migrañas y mixtas, han sido puestas en duda por diversos autores, hasta el punto que en 1979 (Bakal y Kaganov (3)) proponen considerar las cefaleas como un trastorno único, con diferencias en el grado de intensidad o gravedad en base a su cronificación. Las interpretaciones han sido varias. Marty (16) las define como obstáculo doloroso que impide pensar, por negativismo intelectual. Hoy hemos de aceptar, de acuerdo con la síntesis de varios autores que realizan Labrador y Vallejo (13) que lo más lógico es pensar en un trastorno de tipo central, a nivel neuroquímico y a nivel psicológico. A nivel neuroquímico, una inhibición del sistema de modulación del dolor a nivel central, a cargo de la Serotonina y los opiáceos endógenos o endorfinas. Mientras que a nivel psicológico una inadecuada percepción del medio, con falta de respuestas o mecanismos de adaptación en situaciones interesantes delimitaría una alteración del comportamiento del individuo.

Parecería pues relativamente sencillo etiquetar una cefalea. No lo es en la práctica diaria. Ese 10% de causas orgánicas, de tipo infeccioso o tumoral son suficientes para no descartar la tecnología en la exploración y diagnóstico etiológico definitivo de la cefalea, el algia facial o del hueso temporal, e incluso las neuralgias de "garganta", que aún siendo tan frecuentes en ausencia de lesión, pueden ocultar detrás una lesión cancerosa.



## VERTIGO

En los últimos 10 años, de cada 20 a 30 pacientes que se quejan de experimentar sensaciones de movimiento o inestabilidad, una tercera persona son varones, y unas dos terceras partes son hembras.

El vértigo es un síntoma. Por su frecuencia, se puede situar entre los 10 primeros que motivan una consulta médica, tanto en Europa como en U.S.A.

Una de sus características es que el paciente, muy a menudo describe el síntoma de forma tan peculiar, que resulta confuso sistematizar o tipificar como vértigo. "Mareo" y "Vértigo" son términos que a menudo se superponen en su utilización, de forma acertada unas veces y errónea otras. No estamos demasiado acostumbrados a que se nos describa la sensación de movimiento como lo hace el diccionario de la Real Academia de la Lengua:

Dice el mismo para mareo y vértigo:

"Mareo": ("de mar"): efecto de marearse.

"Marear": diversas acepciones: 1. poner en movimiento una embarcación en el mar, 4. fig. y familiar: enfadar, molestar, 7. desazonarse uno, tumbársele la cabeza, revolviéndosele el estómago; lo cual suele suceder con el movimiento de la embarcación o del carruaje, y también en el principio o en el curso de algunas enfermedades.

"Vértigo": del latín "vertere" (girar, derramar, o vaciar o vertir líquidos); de "vértigo-vertiginis" (movimiento circular). Entre sus acepciones: 1 (patológico), trastorno del sentido del equilibrio, caracterizado por una sensación de movimiento rotario del cuerpo o de los objetos que lo rodean. 2 (psiquiatría), turbación del juicio, repentina y pasajera; ramo de locura, 3 (fig.) apresuramiento anormal de la actividad de una persona o colectividad.

De estas definiciones destaca que tanto mareo como vértigo están muy ligados a la sensación de movimiento, o incluso de posición anormal de nuestro cuerpo en el ambiente que nos rodea. Estas sensaciones no están desprovistas de manifestaciones de tipo emocional.

Sin embargo, en la práctica diaria, el médico que realiza una anamnesis con paciencia, para llegar a la conclusión de que los síntomas que describe el paciente corresponden a un cuadro de vértigo, debe escuchar descripciones peculiares. La terminología empleada puede variar según regiones. Bartual (6), recoge y sistematiza muy



bien, en especial para una zona determina, en Andalucía: "trastorno", para expresar aturdimiento, desorientación, o cefaleas y acúfenos, vista nublada o turbia, amnesias, y/o hasta pérdidas momentáneas de conciencia. "Vahidos" a sensaciones de desvanecimiento, sin llegar al desmayo. "Mareo" para expresar sensación de balanceo, inseguridad, borrachera, obnubilación, o náuseas, etc.

Esta terminología se corresponde en líneas generales con la utilizada a lo largo y en torno a la Vega Media y a la Vega Baja del Segura. Aquí podemos añadir algunos términos más: "Emboriado", para describir sensación vaga de inestabilidad, con visión como a través de una nube, e incluso pérdida de memoria. "Angustia", para la sensación de terror o miedo al propio mareo. "Flojera" para el desfallecimiento o impotencia corporal. No es raro oír "me zurre el oído y se me va la cabeza" para expresar los acúfenos con vértigo, etc.

Muchísimas veces la dificultad del diagnóstico causal y de localización estriba en este confusionismo terminológico. La buena anamnesis es imprescindible para centrar el síntoma vértigo, y para darse cuenta que, cualquiera que sea la causa del mismo, es siempre al menos al final un acontecimiento psíquico importante, relacionado con una alteración de los esquemas de relación entre cuerpo y espacio. Dicho de otro modo, sensación de desequilibrio causada por una desorientación.

"Orientación" procede de "orientar", que puede tener diversas acepciones en el diccionario: 1. Colocar una cosa en posición determinada respecto a los puntos cardinales. 4. Dirigir o encaminar una cosa hacia un fin determinado. 5. Designar en un mapa por medio de una flecha u otro signo el punto septentrional para que se venga en conocimiento de situación de los objetos que comprende.

En realidad, orientación, desde el punto de vista neurológico significa como dice Goody (9), un proceso en el que los humanos y los animales, mediante una actividad del sistema nervioso, se sitúan de forma correcta en el Espacio y en el Tiempo. El ser humano desarrolla un "esquema corporal" (Körperschema), como resumen de su experiencia corporal respecto al espacio y el tiempo en el que se desenvuelve. Este esquema da sentido a la sensibilidad superficial y profunda, de forma personal y privada, permitiendo que el ser hu-



mano se oriente en una dirección determinada, es decir, en un trayecto espacio-temporal.

Esto no es más que una concepción asociacionista. Para Merleau-Ponty (17) sin embargo, es insuficiente la concepción asociacionista, y es necesario añadir una concepción filosófica, útil para el psicólogo.

Para el clínico, es útil una concepción asociacionista de la orientación: un esquema corporal que informa del cambio de posición de una o varias partes del cuerpo durante el movimiento, gracias a un soporte neuro-fisiológico conocido: laberinto-vista-sensibilidad propioceptiva del cuello y extremidades. Los informes específicos recogidos en estos verdaderos sistemas de arcos reflejos complicados (aceleración rotatoria y lineal en laberinto, persecución y fijación de la imagen visual, y posición de las extremidades y cabeza en el campo gravitatorio terrestre) se conjugan de forma armónica y coordinada a través del sistema nervioso central. Están informando continuamente de nuestra posición estática y dinámica ("conciencia estática" y "conciencia dinámica").

Para el psicólogo, este concepto clínico parece insuficiente. Para él, no es sólo un conjunto de arcos reflejos y asociaciones de sistemas neuronales, sino que la orientación representa una verdadera toma de conciencia global de la postura individual ante el mundo. Con un claro sentido de la espacialidad de su situación estática y especialmente dinámica. Nuestro cuerpo no estaría dentro del espacio ni dentro del tiempo, sino que habita en el espacio y en el tiempo (Merleau-Ponty) (17). Luego orientación es inseparable de movimiento. Y añade Goody (9) que movimiento es inseparable de sensación, detectada y conocida por el cuerpo, y que produce una respuesta motora positiva o negativa. El equilibrio, en cambio depende de la capacidad de orientación. Una desorientación, es causa de un desequilibrio.

Dice el diccionario que "equilibrio" significa: 1. Estado de un cuerpo cuando encontradas fuerzas que obran en él, se compensan, destruyéndose mutuamente. 5. (fig.), actos de contemporización, prudencia o astucia, para sostener una situación, actitud u opinión, insegura o dificultosa... En neurootología, desequilibrio es desplazamiento anormal del cuerpo por fallo de uno o varios informes recogidos en el laberinto, en la vista o en la sensibilidad profunda. O bien fallo de integración superior de informes normales que proceden de receptores periféricos normales.



La sensación de desplazamiento, de movimiento, se muestra de diversas formas: rotación del cuerpo o de los objetos del ambiente, oscilación, lateropulsión, fallo o caída, flotación, ascenso, descenso, fallo de la base de sustentación. Es pues una sensación subjetiva.

Afirma López-Ibor Aliño (14) que cuando se altera la percepción espacial todos los niveles de nuestra capacidad de situarnos y sentirnos insertados en el mundo se alteran. Cuando se altera el nivel de relación del mundo físico de la gravedad, aparece la sensación de desplazamiento, que son los de relaciones afectivas y la búsqueda de la verdad, traduciéndose en angustia y ansiedad.

Estos niveles se coordinan tan armoniosamente como los informes recogidos en los receptores laberínticos, la vista y la sensibilidad profunda. Si la armonía se rompe, surge el vértigo, la angustia y la ansiedad, íntimamente unidos.

Ya podemos puntualizar que todo síntoma vértigo lleva aparejado una dosis mayor o menor de angustia y ansiedad, como expresión de un cierto grado de trastorno de la afectividad. Y por el contrario, también es posible que la sensación de ansiedad y angustia lleven aparejadas sensaciones de vértigo. Sin embargo la angustia por sí mismo no puede incluirse en el capítulo de vértigo. Por eso no estamos de acuerdo con Kierkegaard (11) que calificó a la angustia como "Vértigo de la libertad" (puesto que la libertad nos permite escoger, decidir, dar un paso en el aire, lo que puede provocar angustia).

Es evidente que el otorrinolaringólogo, no puede clasificar a los vértigos por las sensaciones subjetivas de movimiento y la carga psíquica. Lo práctico es etiquetar topográfica y etiológicamente el vértigo, con un criterio otoneurológico. Lo mismo desea el neurólogo y el internista. Por eso, agrupamos los Vértigos Orgánicos, frente a los Vértigos Funcionales, que preferimos denominar Psicógenos. Los orgánicos nunca se despojan de un componente psíquico importante, como imbricado en la etiología o como efecto. Los psicógenos, aparecen en el contexto de alteraciones de la afectividad: y que para los psiquiatras constituyen un capítulo importante, y a menudo relacionado con las neurosis y las depresiones. Y en ocasiones, se relaciona con las psicosis, como por ejemplo la esquizofrenia.

Los Vértigos Orgánicos los dividimos en Vestibulares y No Vestibulares. Los denominados Vértigos No Vestibulares, pueden tener una causa visual o una causa neurológica. Los visuales, que son los más



escasos (y suelen desaparecer al cerrar un ojo) son debidos a gafas descentradas o inadaptadas, astigmatismo no corregido, optoquinéticos, etc. Las imágenes no caen en puntos homónimos de la retina y se altera nuestro esquema posicional en el espacio. De causa neurológica son los Vértigos Propioceptivos, en los que la irritación de la sensibilidad profunda de la musculatura del cuello es causa de desequilibrio (traumatismos de columna cervical, cervicoartrosis, posturas formadas, etc.).

Los denominados Vértigos Vestibulares son los que interesan específicamente al otorrinolaringólogo, pues se originan en cualquier punto del sistema vestibular... Este sistema se encarga de recoger los informes físicos de aceleración lineal y angular en el laberinto (mediante los canales semicirculares, el utrículo y el sáculo) y los transporta a lo largo del nervio estatoacústico y la vía vestibular central, a lo largo del tronco cerebral, donde se integra con los otros informes que participan en el equilibrio.

Al clínico le interesa saber si la lesión orgánica de la vía vestibular es periférica (laberinto y nervio estato-acústico) o es central (núcleos o vías centrales), y para ello es imprescindible recurrir a medios de exploración sofisticados, de tipo otológico y neurológico. El recurso a la técnica es prácticamente inevitable, para conseguir el diagnóstico topolesional. Las causas del vértigo vestibular son más difíciles de establecer: afectación del laberinto por afectaciones vasculares (arteriosclerosis, trombosis), hidropesía endolinfática (Meniere), tóxicos (medicamentos), infecciones bacterianas o víricas, traumatismos yatrógenos, tumores (neuroma), etc.... La afectación a nivel central está determinada por diversas enfermedades neurológicas.

También es posible una afectación mixta (periférica y central) como suele ocurrir con el grupo de las insuficiencias vértebro-basilares (cervicoartrosis, anomalías arteriales, demencia senil, etc.).

El paciente con Vértigo Orgánico habrá necesitado tantos exámenes especializados y pruebas de laboratorio como etiologías posibles hay, hasta llegar al diagnóstico definitivo. La atención multidisciplinaria ha sido pues imprescindible, así como el recurso a los aparatos. Esto se hace perfectamente con el actual sistema sanitario. Pero recordando la introducción a este discurso, es importante que alguien dirija la orquesta de datos, y que se encuche atentamente al paciente.



De lo contrario, no nos debe sorprender que los mejores medios farmacológicos o quirúrgicos no lleguen en ocasiones a curar el vértigo.

El Vértigo Psicógeno, puede ser el cajón de sastre diagnóstico, en el que se introduzcan muchos vértigos que sean orgánicos. Como dice C. Wood (27), antes de emitir un diagnóstico de "psicógeno", es necesario tener todas las pruebas, porque de lo contrario sería lo mismo que decir "no tengo ni idea de lo que tiene este paciente"... P. Sloane (22) caracteriza al Vértigo Psicógeno por tres aspectos: ausencia de lesión orgánica demostrable, sintomatología vaga, y stress emocional precediendo o empeorando el episodio de vértigo.

Moore y Atkinson (18) añaden que el paciente da una versión espectacular del síntoma vértigo. En la práctica se presentan a menudo con apariencia de orgánicos, lo que motiva diversas etiquetas: "menieriforme", "tipo laberíntico", "de oído", "posible retrolaberíntico"; expresiones estas que se emplean en realidad tanto para orgánicos como para inorgánicos.

Hay cuadros de vértigo psíquico muy caracterizados. El vértigo de las alturas, la agorafobia (angustia y desamparo en espacios abiertos) o "platzschwindel" de los alemanes, el vértigo postconmocional, y el vértigo timopático. Este último no es infrecuente y se puede confundir con un vértigo orgánico del oído; el vértigo y los síntomas vegetativos aparecen como un reflejo condicionado ante un ambiente psíquicamente hostil.

La dificultad del diagnóstico estriba la mayor parte de las veces, en que una lesión orgánica no ha originado todavía alteraciones irreversibles, y los test funcionales son normales. Y como las barreras entre causas psíquicas en los orgánicos y los psicógenos son muy poco nítidas, el tratamiento puede fallar.

Sobre estos comentarios, merece un poco de atención el popular Vértigo de Meniere. Es un vértigo clasificado como orgánico (hidropesía endolinfática) de tipo periférico o laberíntico, y que numerosos autores lo contemplan como el perfecto ejemplo de la enfermedad psicósomática. Es decir, que trastornos emocionales desencadenan aumento de líquido laberíntico, el cual distorsiona o lesiona las estructuras anatómicas del receptor periférico del equilibrio.

Es interesante esta concepción. Y de hecho, nosotros podemos afirmar que el paciente con enfermedad o Síndrome de Meniere tiene un perfil caracterológico y biográfico similar en numerosos aspectos:



actividad laboral o empresarial intensa, con una crisis socioeconómica o familiar acusada que le mantiene con stress emocional. Supera mal el stress por tener una personalidad insegura (a pesar de la apariencia de seguridad) y se desencadena la crisis de vértigo rotatorio. Cada crisis puede dejar lesión orgánica en el laberinto, irreversible. Esta lesión origina una hipoacusia de oído interno, que permanece aunque no haya crisis de Vértigo, y que se puede acentuar en cada crisis. El planteamiento terapéutico para unos debe ser conservador (farmacológico) y para otros agresivo, mediante la cirugía para abolir el receptor periférico del equilibrio (sección de la rama vestibular del nervio estatoacústico), o para abolir además el receptor auditivo (destrucción laberíntica); o bien con una agresividad discreta, como la descomprensión del saco endolinfático. Pero ¡cuántas veces después de un tratamiento agresivo quirúrgico reaparecen las crisis de vértigo! La cirugía no ha modificado significativamente el perfil de personalidad y la biografía del paciente.

No pretendo en absoluto invalidar la cirugía en el Vértigo de Meniere, aunque soy partidario de una postura de síntesis. Se debe tratar de agotar las posibilidades del tratamiento conservador, basado en la farmacología y en hablar mucho con el paciente, que necesita más que otros apoyo y consejos para ayudarles a sobrevivir y aún a superar su dolencia. Cuando el fracaso del tratamiento conservador es evidente, podemos adoptar criterios de agresividad quirúrgica, con el fin de suprimir una causa orgánica localizada en el laberinto, y esperar así la desaparición o la disminución de la frecuencia o intensidad de las crisis. Lo que no suprimiremos será la posibilidad de que el laberinto del lado contrario desarrolle una nueva hidropesía y un nuevo Meniere.

Además de los Vértigos Orgánicos y Psicógenos, se nos presenta a veces cuadros clínicos que asemejan vértigo. Son los que llamamos Falsos Vértigos, en los que predomina la sensación de pérdida de conciencia y los síntomas vegetativos. Las causas son la vagotonía, la hipotensión, el ortostatismo, la hipoglucemia, etc.

Quiero afirmar que nunca se debe intentar explicar un vértigo orgánico, por muy psicossomático que sea, por los fenómenos psíquicos únicamente. Esto por desgracia sucede alguna vez. Pero no hay que olvidar a la hora del tratamiento, que junto a los medios farmacológicos y quirúrgicos, también la comprensión psicológica debe



formar parte del arsenal terapéutico como cualquier medicamento o instrumento.

Existen afecciones, bastante frecuentes en la práctica diaria, en donde el factor psicológico condiciona también de forma más o menos importante la sintomatología, como causa o efecto de las lesiones somáticas, si es que éstas se presentan. Es obligado mencionar las molestias faríngeas (dolor, escozor, parestesias, sensación de "globo", etcétera) muy ligadas a una cancerofobia consciente/subconsciente.

Del mismo modo, son cada vez más cotidianos los síndromes vegetativos o neurovegetativos, que no son más que reacciones fisiológicas demasiado prolongadas. Acompañan lo mismo a un vértigo laberíntico que a una Otitis media aguda o crónica, a una Rinitis alérgica, a una enfermedad del sistema nervioso central, o simplemente a un fumador empedernido, donde a la acción irritante de los productos de combustión del tabaco, en la garganta se unen los de la intoxicación por nicotina. Cuando aparecen los hacen por sumación de efectos orgánicos, como los mencionados, con factores de la esfera psicológica y biológica del individuo, que en nuestra experiencia son: alteraciones del ritmo vigilia-sueño; aceleración del ritmo de vida; excesivos estímulos externos estresantes. Pero aparecen otras constantes, en la esfera de relaciones-laborales: preocupaciones económicas; aislamiento social; problemas de relación sexual; problemas de prestigio; surmenage por pluriempleo; surmenage en relación con la educación de los hijos; problemas profesionales; desmoralización o frustración profesional. Estos pacientes acaban por convertirse en ansiosos y no es raro que se confundan o fusionen íntimamente con cualquiera de las afecciones comentadas en este discurso. Y para los psiquiatras es posible que reacción vegetativa y depresión estén muy próximos.

Relativamente frecuentes y muy difíciles de tratar son los acúfenos o zumbidos de oído. Una proporción no despreciable de los mismos mejora o cura con fármacos antidepresivos.

No quiero extenderme más en la exposición de afecciones donde el componente psíquico es importante en su etiología, diagnóstico y tratamiento.



## LA PERSONALIZACION EN LA ATENCION OTORRINOLARINGOLOGICA DEL PACIENTE

Tras el somero repaso a una serie de afecciones de mi especialidad cuyas características psíquicas, orgánicas o psico-orgánicas son evidentes, quiero decir que mi mensaje no es el de descubrir estos cuadros clínicos, conocidos desde hace bastantes años. La llamada de atención es por el incremento de su frecuencia en las consultas de cada día. ¿Cómo es esto posible con la calidad de medios hospitalarios con que cuenta hoy la asistencia sanitaria? Sólo hay una respuesta posible: la despersonalización de la asistencia médica.

Todos los programas de atención de salud parten de planteamientos que son adecuados para una serie de afecciones, pero inadecuados para otras. No se puede meter a la enfermedad en el mismo saco olvidando al individuo como persona. Por otra parte es frecuente oír hablar de "humanización", cuando por otra se está buscando "economía". No es raro oír a políticos de diversos países, que no han tenido nunca experiencia en la relación médico-enfermo, hablar de humanización, por medio de libros de reclamaciones. Otros políticos, que sí han tenido previamente experiencia en la relación médico-enfermo (y quizás frustrados buscaron en la política su realización), exigen en cambio criterios de rentabilidad o economía, y hablan de tantos por cien de rendimientos, sin importarles demasiado el objetivo de las tareas de salud, que es la disminución de la enfermedad. El producto final es la insatisfacción, del individuo como enfermo y del individuo como guardián de la salud. Lo que redundará a largo plazo en el aumento de la sensación de enfermedad social.

Sabemos que es fácil hacer crítica pero difícil ofrecer soluciones magistrales. La realidad es que no tenemos la fórmula magistral, ni nos dedicamos a la política. Estoy de acuerdo con Barcia Salorio (5) que dice que cuando el médico tiene dificultad para entablar el diálogo con el paciente, interpone entre ambos la técnica médica. También estoy convencido de que no se puede prescindir de la técnica. Diálogo personal y técnica en diversas proporciones. No es nada nuevo decir que ante dos enfermedades iguales cada individuo necesita un tiempo distinto. En el "acercamiento" a lo largo de la anamnesis, se debe lograr una transferencia positiva, como afirma Lubban-Plozza (15), bien mediante una entrevista "comprensiva", "aclarato-



ria" o incluso "autoritaria", pero jamás banal "sabiendo escuchar con atención, capacidad para aceptar al enfermo tal como es y tomarlo en serio; estando libre de toda idea preconcebida, de todo prejuicio".

Después de la toma de contacto, cuando sea preciso se recurrirá a las exploraciones a cargo de expertos de otras especialidades. Ante un conjunto de exploraciones no es bueno que cada especialista se erija en el director del banco de datos, sino que debe dejar la dirección en manos del que realizó la primera entrevista, salvo que la afección no fuera naturalmente de su especialidad. En el equipo hospitalario también se debe personalizar la relación, evitando lo de relación "equipo-enfermo", a favor de "médico respaldado por un equipo-enfermo", que siga la evolución de la enfermedad y de los controles de exploración. Si en cambio el enfermo hospitalizado se relaciona con varios miembros del sistema jerárquico, sus reacciones emocionales se dispersan.

La explicación o aclaración de cada medida terapéutica para que el paciente comprenda bien a qué va dirigida, es fundamental como parte del trato personalizado.

Se trataría, como conclusión a este discurso, de que los esquemas de atención de salud no consideren al hombre como dice V. Bertalanffy (7), con una imagen zoomórfica pura y/o como un robot (es decir, ambos casos, el hombre reducido a un mecanismo). Por eso estoy totalmente de acuerdo con que la Antropología personalista puede ser asumida por la Medicina si se produce un doble encuentro: que la medicina sin renunciar nunca a su vocación científica acepte plenamente que su tarea es ayudar al hombre. Pero a su vez, la Antropología debe ser estructurada con tesis físico naturales para poder ser integrada.

Mientras no se asuma este hecho, la organización asistencial fracasará.

Muchas gracias.



18.—NOELPP, B. NOELPP-ESCHENHAGEN, J.: Das experimentelle Asthma bronchiale des Menschen. *Int. Arch. Allergy*, 3: 308-321, 1951.  
 19.—SCHUEGL, J.: Allgemeine Betrachtungen zur Psychosomatik in der Allgemein-Praxis. *Prax. Psychoter.* 8: 1-10, 1962.  
 20.—SCHWEIDER, R. B.: Rapport de la psychanalyse avec la médecine psychosomatique. *Rev. franc. Psychanal.* 32: 643-651, 1962.  
 21.—SLOANE, A.: Psychiatric aspects of vertigo. *Spectator*, M. (ed). *Dizziness and Vertigo*. Ed. Grune and Stratton, N. York, 1961.  
 22.—VON WEIZSÄCKER, V.: Soziale Krankheiten und Soziale Gesundheit. Ed. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1952.  
 23.—VON WEIZSÄCKER, V.: Der kranke Mensch. Eine Einführung in die medizinische Anthropologie. Ed. Köhler, Stuttgart, 1951.  
 24.—WEHRING, M.: Guía del médico práctico. Ed. LUBBAN-PLOZZA y W. FOLDINGER en el terreno psicossomático y el médico práctico. Ed. Roche, Basilea, 1975.  
 25.—WOLFF, S. G., WOLFF, H. G., HARR, C. C.: *Life stress and bodily diseases*. Process. Assoc. Res. Nerv. Mental Dis. 52. Baltimore, 1950.  
 26.—WOOD, C.: *Actualidad sobre el vértigo*. Ed. Janssen Pharm. Madrid, Bock, 1962.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—ADLER, A.: Studie über die Mindwertigkeit von Organen. München 1927.
- 2.—ALEXANDER, F.: Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications. Ed. Norton. N. York 1958.
- 3.—BAKAL, D. A., KAGANOV, J. A.: Symptom characteristics for chronic and non chronic headaches. *Headache*, 21: 81-86, 1981.
- 4.—BALINT, M., LUBBAN-PLOZZA, B.: De la relation médecine-malade. *Med. et Hyg. (Geneve)* 27: 121-130, 1969.
- 5.—BARCIA SALORIO, D.: Necesidad de una medicina antropológica, *Secret. Publ. Univ. Murcia*, 1979.
- 6.—BARTUAL, J.: *Semiología vestibular*. Cádiz, 1980.
- 7.—BERTALANFFY, V.: cit. Barcia Salorio en Necesidad de una medicina antropológica, *Secret. Publ. Univ. Murcia*, 1979.
- 8.—DUNBAR, F.: *Synopsis of Psychosomatic Diagnoses and Treatment*. Ed. Mosby, St. Louis, 1948.
- 9.—GOODDY, W.: *Orientation*, *Handbook of. Cli. Neurol.* Ed. P. S. Vinken and G. W. Bwyer. Elsevier, Holanda.
- 10.—JORES, A.: *Der Mensch und seiner Krankneit*. Ed. Hubber und Klett, Berna-Viena-Stuttgart, 1970.
- 11.—KIERKEGAARD, S.: *Der Begriff Angst*. Ed. Rowohlt. Hamburg. 1960.
- 12.—KUBIE, L. S.: The problem of specificity in the psychosomatic process. In *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*. Ed. F. Deutsch. N. York, Int. Univ. Press, 1953.
- 13.—LABRADOR, F. J., VALLEJO, M. A.: Factores cognitivos y psicofisiológicos en el desarrollo de las cefaleas. *Jano*, 30, 713: 49-62 (1986).
- 14.—LOPEZ-IBOR ALIÑO, J. J.: Vértigos timopáticos. Diagnóstico diferencial y tratamiento. En actualizaciones y tratamiento del vértigo, *Lab. Duphar*, 1982.
- 15.—LUBBAN-PLOZZA, B., FOLDINGER, W.: *El enfermo psicossomático y el médico práctico*, Ed. Roche, Basilea, 1975.
- 16.—MARTY, P.: Aspect psychosomatique de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies. *Rev. franc. Psychanal.* 15: 216-222, 1951.
- 17.—MERLEAU-PONTY: *Fenomenología de la percepción*. Ed. Fondo Cult. Econo. Buenos Aires, 1957.
- 18.—MOORE, E., ATKINSON, M.: Psychogenic vertigo. The importance of its recognition. *Arch. Otolaryng.*, 67: 347-351, 1958.



- 19.—NOELPP, B., NOELPP-ESCHENHAGEN, J.: Das experimentelle Asthma bronchialis des Meerschweinchens. *Int. Arch. Allergy*, 2: 308-321, 1951.
- 20.—SCHLEGEL, L.: Allgemeine Betrachtungen zur Psychotherapie in der Allgemeinpraxis. *Prax. Psychother*, 8: 1-10, 1963.
- 21.—SCHNEIDER, P. B.: Rapprts de la psychanalyse avec la medicine psychosomatique. *Rev. franc. Psychanal*, 32: 645-651, 1968.
- 22.—SLOANE, A.: Psychiatric aspects of vertigo, Spector, M. (ed) *Dizziness and Vertigo*. Ed. Grüne and Stratton. N. York, 1967.
- 23.—Von WEIZSACKER, V.: Soziale Krankheit und Soziale Gesundheit. Ed. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1955.
- 24.—Von WEIZSACKER, V.: Der Kranke Mensch. Eine Einführung in die medizinische Anthropologie. Ed. Köhler, Stuttgart, 1951.
- 25.—WEHRING, M.: Citado por B. LUBBAN-PLOZZA y W. POLDINGER, en *El enfermo psicósomático y el médico práctico*. Ed. Roche. Basilea, 1975.
- 26.—WOLFR, S. G., WOLFF, H. G., HARE, C. C.: Life stress and bodily diseases. *Proceed. Associat. Res. Nerv. Mental. Dis*, 29, Baltimore, 1950.
- 27.—WOOD, C.: Actualidad sobre el vértigo. Ed. Janssen Phar, Marlow, Bucks, 3, 1982.

BIBLIOGRAPHIA

1.—ADLER, A.: Studie über die Minderwertigkeit von Organen. München 1927.  
 2.—ALEXANDER, F.: *Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications*. Ed. Honor. N. York 1950.  
 3.—ARAI, D. A. KAGANOV, J. A.: Symptom characteristics for chronic and non chronic headaches. *Headache*, 21: 81-86, 1981.  
 4.—BALINT, M., LUBBAN-PLOZZA, B.: De la relation medicine-malade. *Med. et Hyg. (Geneve)*, 27: 127-130, 1969.  
 5.—BARCIA SALGADO, G.: Necesidad de una medicina antipsiquiátrica. *Revista Psiquiátrica*, Univ. Murcia, 1978.  
 6.—BARTUAL, J.: *Semilogía vestibular*. Cádiz, 1980.  
 7.—BERTALANFFY, V.: *Dr. Barcia Salgado en Necesidad de una medicina antipsiquiátrica*. Publ. Univ. Murcia, 1978.  
 8.—GUNBAR, F.: *Synopsis of Psychosomatic Diagnosis and Treatment*. Ed. Mosby, St. Louis, 1978.  
 9.—GOODY, W.: *Orientation Handbook of Clin. Neurol.* Ed. P. S. Vinken and G. W. Swyer. Elsevier, Holanda.  
 10.—JORGES, A.: *Der Mensch und seiner Krankheit*. Ed. Hubner und Klett, Barmen-Stuttgart, 1970.  
 11.—RIEKENGAARD, S.: *Der Begriff Angst*. Ed. Rowohlt, Hamburg, 1965.  
 12.—KUBIE, L. S.: The problem of specificity in the psychosomatic process. In: *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*. Ed. F. Deutsch. N. York, Int. Univ. Press, 1952.  
 13.—LABRADOR, F. J., VALLEJO, M. A.: Factores cognitivos y psicofisiológicos en el desarrollo de las cefaleas. *Jano*, 30: 713-49-52 (1981).  
 14.—LÓPEZ IBOR ALINO, J. J.: *Vértigos (patológicos, diagnósticos, diferenciales) y tratamiento. En actualizaciones y tratamiento del vértigo*. Ed. Doctor, 1982.  
 15.—LUBBAN-PLOZZA, B., POLDINGER, W.: *El enfermo psicósomático y el médico práctico*. Ed. Roche, Basilea, 1975.  
 16.—MARTY, P.: *Aspect psychosomatiques de l'ordre clinique de quelques cas de céphalées*. *Rev. franc. Psychanal.*, 15: 216-222, 1951.  
 17.—MERLEAU-PONTY: *Phenomenologia de la percepción*. Ed. Fondo Cull. Econo. Buenos Aires, 1967.  
 18.—MOORE, E., ATKINSON, M.: *Psychogenic vertigo. The importance of the recog.* *Alton. Arch. Otolaryng.*, 87: 347-351, 1952.



Sr. Presidente,  
Señores Académicos,  
Señores y Señoras:

A pesar de que el estudio de la vida humana en una época relativamente reciente — **DISCURSO DE CONTESTACION** — a investigar el curso de la vida humana, solo últimamente ha entrado en su consideración el análisis de la biografía — **por el** — el estudio del destino humano.

Y estos autores — **Ilmo. Sr. D. Demetrio Barcia Salorio** — Ch. Koehler, El Alquist, R. Havshuser (1), etc. — han puesto de manifiesto la diferente significación que los factores biológicos, la motivación y el desarrollo de la personalidad, entre otros, juegan en relación con el éxito y el fracaso de la vida humana y, si bien empiezan a describirse ciertas regularidades y la significación de ciertos factores, los autores concluyen que dentro de determinadas limitas hay hombres en que todo parece empujado al éxito temprano y a otros por el contrario en épocas medias y tardías de la vida.

Aplicando esta metodología al análisis de la biografía de Carlos Spretelsen resulta evidente que estamos ante la vida de un triunfador joven. Spretelsen ha alcanzado sus metas en períodos tempranos: Profesor Ayudante a los 29 años, Profesor Agregado a los 34, Catedrático a los 39 y siguiendo con su "destino" alcanza en su joven madurez el título de Académico.

— Hoy pues, la Academia de Medicina se honra con recibir como



Sr. Presidente,  
Señores Académicos,  
Señoras y Señores:

A pesar de su indudable trascendencia sólo en época relativamente reciente la Psicología científica se ha dedicado a investigar el curso de la vida humana. Solo últimamente ha entrado en su consideración el análisis de la biografía, es decir, el estudio del destino humano.

Y estos estudios —nos referimos a las aportaciones de Ch. Boehler, G. Allport, R. Havinhuerst (1), etc.— han puesto de manifiesto la diferente significación que los factores biológicos, la motivación y el desarrollo de la personalidad, entre otros, juegan en relación con el éxito y el fracaso de la vida humana y, si bien empiezan a describirse ciertas regularidades y la significación de ciertos factores, los autores concluyen que dentro de determinados límites hay hombres en que todo parece empujarles al éxito temprano y a otros, por el contrario, en épocas medias y tardías de la vida.

Aplicando esta metodología al análisis de la biografía de Carlos Sprekelsen resulta evidente que estamos ante la vida de un triunfador joven. Sprekelsen fue alcanzando sus metas en períodos tempranos: Profesor Ayudante a los 29 años, Profesor Agregado a los 34, Catedrático a los 39 y, siguiendo con su "destino" alcanza en su joven madurez el título de Académico.

Hoy pues, la Academia de Medicina se honra con recibir como

Académico de Número a un joven Profesor, lo cual se inserta en la voluntad renovadora en que está empeñada, y para ello, nada mejor que incorporar a destacados y jóvenes profesionales que como Sprekelsen pueden ayudar a conseguir un nuevo estilo.

Porque Carlos Sprekelsen es un típico representante de esas nuevas generaciones de Catedráticos de la Universidad Española caracterizados por una sólida preparación científica, una adecuada formación investigadora y con una clara vocación docente que los lleva a una plena identificación con su tarea y, representan además, la consolidación de las diferentes escuelas de Medicina.

Nace Sprekelsen en Valencia, en donde realiza brillantemente los estudios de Bachillerato y de Medicina. Pronto se siente atraído por la brillante personalidad del que fue gran maestro de la Otorrinolaringología española, el Prof. Rafael Bartual y se integra en una de las más fecundas Cátedras de Otorrinolaringología. Miembros de ella han sido los Profesores Marco, Ciges, Bartual Jr. y Sprekelsen, por no citar sino a los Catedráticos que allí se formaron.

En esta Cátedra ocupa todos los puestos docentes y asistenciales: Medico Interno, Profesor Ayudante, etc., y bajo la dirección del Profesor Bartual realiza sus primeros trabajos de investigación y su Tesis Doctoral, que obtiene el premio a la mejor Tesis de Otorrinolaringología de España, en ese año.

Con una sólida formación es becado para completar sus estudios en el extranjero y, así, realiza estancias en las Cátedras de Otorrinolaringología de Insbruck y de Berlín.

Al poco tiempo de regresar a España obtiene por oposición la plaza de Profesor Agregado de Otorrinolaringología de Murcia y poco después, por concurso, la Cátedra.

La lectura de los trabajos de investigación de Sprekelsen pone de manifiesto dos hechos: la rigurosa metodología con que han sido elaborados y lo puntero de los temas y los logros obtenidos.

Un poco esquemáticamente, puede decirse que cuatro han sido las líneas principales de investigación:

- 1.—Estudios sobre inmunología: Sprekelsen ha sido el primero en España en estudiar la identidad de la inmunidad humoral de la serie "B" del tejido linfoide del anillo de Waldeyer.
- 2.—Estudios de radioterapia antiinflamatoria de la trompa de eus-



taquio, estableciendo el tipo de dosis, localización, etc., para una correcta terapéutica.

3.—Estudios sobre el Nystagmus. En especial Sprekelsen ha podido diferenciar en el enfermo vertiginoso las características del nistamus congénito y las del adquirido.

4.—Finalmente, estudios sobre el análisis espectral de la voz, siendo el primero en España en utilizar y desarrollar estas técnicas.

¿Qué idea puede quedarnos del análisis del curriculum vitae del Profesor Sprekelsen? ¿Qué enseñanza podemos obtener de su particular manera de hacer y de investigar en Medicina?

Queda claro que una primera enseñanza se desprende de los logros inmediatos de su investigación. Diríamos un importante bagaje de aportaciones a la Otorrinolaringología. Pero junto a ello, un tema que mi incompetencia me impide valorar, creo que pueden obtenerse otras enseñanzas que importan para el esclarecimiento de lo que debe ser una correcta actuación médica y universitaria.

Lo que primero llama la atención al estudiar los trabajos de Sprekelsen es la extrema tecnificación del modo de entender la investigación clínica, no sólo respecto a los métodos terapéuticos, sino también diagnósticos. Y no podía ser de otro modo si atendemos a la especialidad y la época; no podía no ser altamente técnico el quehacer práctico y científico de Sprekelsen.

Los sociólogos médicos de la Columbia University han puesto de manifiesto que tres son las razones principales que deciden la aparición de una especialidad, aunque ciertamente, de hecho, se imbriquen unas con otras: 1. La complicación de las técnicas diagnósticas y terapéuticas que obligan a una absoluta dedicación para poder dominarlas. 2. La presión que la sociedad hace a la Medicina respecto a un problema especialmente importante; y 3. La aparición de una nueva mentalidad o manera de entender la enfermedad.

Ejemplo de esto último es la Psiquiatría que aparece al filo de los siglos XVIII y XIX como consecuencia de nuevos planteamientos filosóficos y médicos que se desarrollaron a lo largo del siglo XVIII, tales como el Sensualismo de Condillac, el Animismo de Stahl, el Solidismo de Morgagni, etc.

La Tisiología representa bien la segunda afirmación. A lo largo, especialmente, del siglo XIX la tuberculosis se presenta como una



grave enfermedad social, lo que obliga a la creación de Dispensarios, Hospitales y otras instituciones y especialmente a médicos que se dediquen exclusivamente al cuidado de estos pacientes.

Lo Otorrinolaringología es un ejemplo claro de que ha sido la técnica, tanto diagnóstica como terapéutica, lo que ha decidido se estableciera como una especialidad médico-quirúrgica independiente.

Y junto a todo esto, es decir, la peculiar significación técnica de la Otorrinolaringología, también la época actual presiona hacia una medicina tecnificada. Laín Entralgo (2) ha señalado que de los cuatro rasgos que según él caracterizan a la Medicina actual uno de ellos, que sitúa en primer término es la "extrema tecnificación instrumental y una peculiar actitud del médico ante ella".

No podía, por lo tanto, no ser técnica la Medicina que ejercita y el modo como la investiga Carlos Sprekelsen, si quería ser un Médico actual.

Pero podemos preguntarnos, si además de actual es suficiente y es buena tal actitud. Personalmente estamos muy lejos del optimismo histórico del siglo XIX imaginando que todo lo moderno y actual es, por el mero hecho de serlo, bueno, aunque no parezcan advertirlo y compartirlo muchas posiciones actuales.

Por otro lado y desde hace tiempo son muchos los médicos y los enfermos quienes critican y censuran muchos de los modos de la Medicina de hoy, entre ellos el propio Sprekelsen, y asistimos a intentos de modificar la asistencia médica con el auténtico deseo de hacerla mejor.

Por eso repetimos ¿es bueno que la Medicina sea "extremadamente técnica"? Mi respuesta es decididamente positiva. Es bueno y, parafraseando a Galileo, cuando decía que para hacer Ciencia había que tecnificar la Medicina y hacer técnico lo que todavía no lo es. Permítanme, pues, al hilo de las reflexiones del bello discurso de Sprekelsen, algunas más sobre la técnica médica, lo que en principio pueda extrañar a algunos por proceder de un Psiquiatra.

Como acabamos de afirmar, no son pocos los médicos que han denunciado el peligro que una Medicina excesivamente tecnificada tiene para un correcto ejercicio de la misma, diciendo, un tanto a la ligera, que esta tecnificación la deshumaniza.

Esta preocupación respecto al peligro de la técnica trasciende el marco médico y muchos espíritus penetrantes han denunciado el pe-



ligro. Heidegger en este sentido ha escrito que “con el día de la técnica que no es sino la noche del mundo hecho día, un Universo sin fin amenaza al hombre”, y también bellamente lo ha escrito Gabriel Celaya en unos versos (3):

“Puesto que no existe el hombre  
sobran los versos humanos.  
Tomemos pues las medidas,  
fabriquemos aparatos  
de palabras, al margen  
de ideas y sentimientos”

Para el filósofo alemán el peligro está en que “más que servir al hombre, la técnica, lo envuelve y lo determina”, pero sobre todo, a que al hombre le sea negada la penetración en su mente hacia un desvelamiento cada vez más originario del ser y, por lo tanto, la promesa de un advenimiento de una verdad más radical.

El peligro, por lo tanto está, en el que el hombre en vez de servirse de la técnica se convierta en su servidor, en que sea dominado por ella, pero además, y esto es aún más grave, existe un peligro de orden metafísico, que quede el hombre cerrado para adquisiciones de verdades más radicales. Por eso Heidegger no pretende suprimir la técnica, pero sí aspira a una “revolución trastécnica”.

Pero nosotros pensamos, sin osadamente oponernos a la tesis de Heidegger, sino justamente basándonos en él, que es precisamente la técnica lo que puede hacer más humana la Medicina al tiempo que le ayuda a que pueda ser cada vez más científica.

Heidegger cita unos sorprendentes versos de Hoederlin: “Wo aber Gefahr ist wächst / das Rettende auch” (Pero donde está el peligro / allí nace lo que salva).

Es decir, allí en el peligro que la técnica encierra, a través de ella surge también la salvación.

Que la Medicina deba ser tecnificada parece algo que no pueda ser discutido. Porque la técnica médica, la *teckné iatrique* hipocrática o el *ars médico* galénico, tanto antiguo como moderno “es un saber hacer algo sabiendo con cierto rigor científico “que” se hace y “por qué” se hace aquello que se hace” y, por ello, no sólo la terapéutica sino el acto fundamental de la actividad médica, la relación



Médico-enfermo, debe ser tecnificado. Como ha señalado Rof Carballo (4) lo más humano en Medicina es hacerla técnicamente de modo correcto.

Y esta técnica médica puede ser o no instrumental. Si cada vez más el técnico médico introduce instrumentos para llegar a un diagnóstico correcto es porque ellos le ayudan mejor para este fin. El Otorrinolaringólogo, con el espejo frontal, he ahí una imagen típica de la utilización instrumental en la relación médico-enfermo.

Pero para el acto de conocimiento que el diagnóstico médico supone, es decir, la transformación de lo que "hay en el enfermo", este dolor, la fiebre, etc. en lo que el enfermo "es": diabético, tuberculoso, etcétera; para indagar en esos particulares "modos de ser enfermo", junto a la utilización de la técnica se exige para una integridad total del acto médico, dice Laín Entralgo (5) una relación inmediata y transtécnica, "entre la realidad cognoscente y operativa del médico y la realidad paciente y cooperativa del enfermo".

El médico debe metódicamente, con su técnica, inquirir los modos de ser enfermo. Con sus actuaciones llega a un diagnóstico. Sabe lo que el enfermo tiene; pero con ello no está completa toda la actuación. Porque con su técnica sabe el médico lo que ese enfermo tiene, pero no lo que ese enfermo es.

Ahora debe el médico volver a la realidad concreta del enfermo, debe comprobar si lo que ha diagnosticado, lo que el enfermo tiene, se corresponde además con lo que el enfermo es.

Si el médico opera así, si investiga con su técnica pero no reduce a ella la realidad del enfermo, no sólo no actúa peligrosamente sino que, siguiendo a Hoederlin, diríamos que es precisamente la técnica lo que le salva. La técnica no aniquila al hombre para quien sepa distinguir la "realidad de las cosas" con su "ser". "Precisamente por ser la realidad del hombre aquélla a que él aplica su técnica ¿no está entre esos hombres, y acaso a la cabeza de ellos, el médico para el cual su paciente sin dejar de ser un objeto, sea siempre una persona?" Laín Entralgo (6).

Yo creo que sí y, he ahí, la solución y por qué la técnica correctamente utilizada no es peligrosa. También agudamente ha sido esto señalado por Sprekelsen, quien como acabamos de oír ha escrito: "Descubierta una causa orgánica evidente, como es por ejemplo un contenido líquido mucopurulento en un seno maxilar, y realizando el



tratamiento adecuado, no es infrecuente que con la curación del proceso orgánico, no desaparezca la cefalea. ¿Qué ha ocurrido aquí? ¿Ha habido un planteamiento terapéutico mal hecho? No, no lo ha habido, pues el contenido mucopurulento del proceso infeccioso ha desaparecido. El estado general ha vuelto a la normalidad. Si la cefalea no ha desaparecido habrá que buscar causas no orgánicas”.

Y en otro momento de su discurso leemos: “El paciente con vértigo orgánico habrá recibido tantos exámenes especializados y pruebas de laboratorio como etiologías posibles hay, hasta llegar al diagnóstico definitivo. La atención multidisciplinaria ha sido pues imprescindible, así como el recurso a los aparatos... pero es importante que se escuche atentamente al paciente. De lo contrario, no nos debe sorprender, que los mejores medios farmacológicos o quirúrgicos no lleguen, en ocasiones, a curar el vértigo”.

He ahí el modo correcto de utilizar la técnica. He ahí por qué la técnica salva la actuación médica. Utilizando correctamente los aparatos, a los que alude Sprekelsen, el médico sabe que ese enfermo tiene algo distinto de lo que correctamente ha diagnosticado. La realidad del enfermo trasciende la técnica médica.

Ahora está el médico en condiciones de indagar esa otra realidad, la psíquica, de la realidad total psicosomática que es el hombre enfermo. Y Sprekelsen nos enseña que al menos el 20% de los pacientes que acuden a las consultas de Otorrinolaringología tienen algún proceso no explicable desde una patología orgánica y ejemplariza esta situación con adecuados comentarios sobre las rinitis alérgicas, las cefaleas y los vértigos, como situaciones frecuentes de pacientes de Otorrinolaringología que necesitan de una consideración psicológica.

Pero debemos preguntarnos si el modo de captar la realidad psicológica requiere un saber transtécnico. Si entendemos adecuadamente la técnica y que el psiquismo es “fisis” en el sentido griego, es decir, pertenece a la naturaleza humana, entonces hemos de decir, que este saber psicológico debe también ser un saber técnico, aunque se trate de una técnica distinta.

Efectivamente, si hemos entendido correctamente qué es la técnica nos daremos cuenta que no necesariamente es instrumental. Como antes hemos señalado, técnica médica, quiere decir hacer sabiendo “qué” se hace y “por qué” se hace.

Pero resulta que no es sólo saber técnico el que procede de los



esquemas habituales de la Medicina General, hay otro saber técnico también pero que intenta otra aproximación al padecimiento del enfermo que requiere otra actitud y entraña otra filosofía. Para comprenderla analicemos, aunque muy brevemente, los distintos modos de entender el síntoma clínico.

Es conocido que la Clínica Médica adquirió rango y talante científico a partir de la elaboración de la noción de *signo clínico*, tarea realizada por los patólogos del siglo XIX.

Primero, dentro del pensamiento anatomoclínico, tarea iniciada por Bichat y que culmina con Laennec en Francia y, posteriormente, con la introducción del pensamiento fisiopatológico alemán, tarea desarrollada por Henle, Frerich, Wunderlich y Kusmaul, entre otros, la clínica médica pudo elevar los datos espontáneos o provocados por la exploración a la categoría de dato científico por lo que representan el dato fundamental cuya valoración permite el diagnóstico de la alteración anatómica o funcional que padece el enfermo.

Pero las manifestaciones del enfermar, los signos y los síntomas, pueden ser vistos de dos maneras diferentes. Rudolf Allers (7) apoyándose en las *Investigaciones lógicas* de Husserl distingue dos modos de considerarlos, como "señal" (*Anzeige*) y como "expresión" (*Ausdruck*).

Husserl había puesto de manifiesto que hay dos modos del signo: La *señal* o signo indicativo y la *expresión* o signo expresivo. En el primer caso, la relación entre la señal y lo signado es puramente indicativa, hay únicamente correlato. La observación de una bandera en un edificio, por ejemplo, sólo indica que hay alguna relación entre ese edificio y el país al cual pertenece esa bandera, pero nada nos dice, no nos ofrece ninguna imagen o dato, de las características de ese país.

Contrariamente ocurre con el signo expresivo. Aquí la signación se hace significación. La relación entre el signo y lo signado es inteligible. Ahora podemos conocer algo de lo signado. Cuando observo fuego, algo del carácter de lo que se quema es percibido.

Paralelamente a estos modos del signo establecidos por Husserl, Allers señala que el síntoma puede aparecer en la mente del médico como "señal" o como "expresión". En el primer caso es como lo ha considerado y lo considera la Medicina Científico Natural. Aquí el signo y el síntoma no nos dice nada de las características personales del sujeto, del paciente, simplemente remite a algo oculto que lo pro-



duce y que la técnica médica, "la alta tecnología" a la que se refería Sprekelsen, debe descubrir. Estamos en el ámbito de las Ciencias de la Naturaleza, en el sentido de Dilthey y en dominio de la *explicación*.

Pero acabamos de decir que el síntoma puede ser entendido como "expresión" de la persona enferma. Antes el síntoma era la "señal" de una "abstracta entidad nosológica", ahora es expresión de "una situación y de un proyecto personales". Aquí nos encontramos en el ámbito del conocimiento científico-espiritual y en el dominio de la *comprensión*.

Es esta la segunda aspiración de Sprekelsen, y así escribió "Cuando los medios y aparatos de exploración y diagnóstico más sofisticados descartan la ausencia de lesiones y nos demuestran la normalidad orgánica, mientras el individuo como paciente es una realidad, empezamos a ser más aficionados a la antropología. Queremos claves de interpretación y comprensión".

Esta otra actitud ante el síntoma nos revela una nueva realidad y podemos acceder a ella no porque realicemos una reflexión sobre la significación del signo, sino que captamos directamente la significación para lo cual lo que debe cambiar es nuestra actitud.

Veamos un ejemplo. A la clínica de Otorrinolaringología acude un hombre con una grave afonía, apenas puede hablar. Si esta Clínica es la que dirige el Profesor Sprekelsen estamos seguros lo someterá a un profundo análisis y entre ellos analizará con sofisticados aparatos las características espectrales de los sonidos que aún pueda emitir este paciente. No en vano Sprekelsen es una de las autoridades mundiales de este tipo de estudios y, a través de este análisis, diagnosticará qué tipo de lesión afecta las cuerdas vocales del enfermo.

Pero ¿es el único modo de analizar esos apagados sonidos del paciente? Yo creo que no. La voz humana es algo más que sonido, es fundamentalmente palabra hablada. Lo que quiere decir que tiene sentido y nos retrotrae a un sujeto intencional y nosotros debemos indagar qué quiere expresar esta afonía, y el significado es algo que captamos directamente. La diferencia entre el puro sonido y la palabra, el significado de la palabra, no es algo que se añade, sino que es algo que *está* en ella, diría Ortega y Gasset (8).

Un ejemplo nos ayudará a entender esto. Un coleóptero, la procesionaria, llamado técnicamente *Bostrychos typografus*, recibe este



nombre por dejar al caminar una huella que parece enteramente nuestra escritura y, sin embargo, no vemos aquellos rasgos como escritura.

En un impreso, por el contrario, nos es dado junto a las sensaciones visuales de la letra algo más que no es línea ni color. “En el objeto puramente visual que llamamos letra, señala Ortega y Gasset, hallamos como decantado y solidificado un acto psíquico, un acto intencional —llamémoslo de otro modo: un “querer decir”.

Y esto es captado directamente. Y lo mismo que decimos de la palabra escrita lo podemos decir de la hablada. Notamos que no en cuanto sonido o figura es la palabra, palabra sino que “en algo más que adhiere al sonido y la figura del vocablo está el valor de la palabra”.

Y al escuchar la palabra, en su uso coloquial, es en efecto un signo, pero del acto mental de quien habla. En ella, en la palabra, se exterioriza el pensamiento ajeno. Pero ella, que en principio es comunicación, es también exteriorización. Si como dice Ortega y Gasset, “expresar quiere decir para nosotros exteriorizar, entonces la función comunicativa es expresiva”.

Esto es lo que en 1780, en su “Poema de la Música” dijo Don Tomás de Iriarte:

“Las varias sensaciones corporales  
Del corazón humano los afectos  
Y aún las mismas nociones ideales  
En diversos dialectos  
La “expresan” los órganos vocales”.

Así pues, no sólo como correlato, el signo clínico que lleva a una lesión, sino como expresión de una situación personal es como podemos ahora entender el síntoma. Y esto que hemos ejemplarizado en la voz puede referirse a cualquier alteración corporal, siempre que sepamos entender que además de cuerpo físico, lo que los alemanes llaman *Körper*, nuestro cuerpo es también *Leib*, cuerpo vivido. Porque tenemos cuerpo, pero vivimos a través del cuerpo, somos corporalidad. Nos expresamos y comunicamos a través del cuerpo, y hay que aprender ese lenguaje. Es lo que se ha llamado el “lenguaje de los órganos”.



La afonía ahora nos expresa una situación distinta que la mera alteración anatómica o funcional de las cuerdas vocales. Ahora nos habla, por ejemplo, del temor de paciente para decir algo.

Pero, ¿se agota aquí toda posible indagación médica? Hemos visto que la primera técnica nos ha permitido analizar la alteración del cuerpo entendido éste como instrumento; la segunda nos ha permitido comprender el síntoma como expresión de un conflicto personal. Pero aún nos queda un tercer aspecto que es ineludible para entender plenamente lo que debe ser la correcta actuación médica.

Sprekelsen, a lo largo de su discurso insiste en la necesidad de una adecuada relación médico-enfermo y, sin renunciar a la técnica, "somos defensores de una Medicina de alta tecnología", afirma, quiere además sentarse y hablar con los enfermos, por lo que debemos preguntarnos ¿qué quiere oír de ecos? ¿qué interesa entender?

La relación médico-enfermo, señala Von Gebattel (9) se realiza a tres niveles: Un primer nivel, elemental, en el que el médico se siente dispuesto a ayudar a otro. Propiamente, decimos nosotros, aún no es un nivel exclusivamente médico, sino que es, debe ser, una actitud básica de todo hombre, una mera vocación de ayuda, tan vieja como la humanidad. Así leemos en los Proverbios: "No niegues un beneficio al que lo necesita, siempre que en tu poder esté el hacerlo" (Pr. 3-27).

Pero, precisamente, para poder hacer este beneficio médicamente, el médico intelectualiza esta situación. Es el nivel diagnóstico y terapéutico. Es la concreción del saber científico en la situación concreta. Pero es también el grado de "enajenación" de la relación. Aquí el hombre es "objetivado", no hay auténtico encuentro interpersonal. Es el nivel técnico, en el que el médico descubre una alteración corporal o psíquica en el paciente, a lo que antes nos hemos referido.

Pero la Medicina, el acto médico, se salva si llega a realizarse el tercer nivel del encuentro. El grado personal de la relación, con lo cual se superan los otros niveles.

Es el nivel donde médico y enfermo se encuentran, donde, superando el nivel técnico, mutuamente analizan e intentan dar respuesta a los problemas humanos. Ahora el médico, dejando de lado su actitud técnica se convierte en un compañero para su enfermo.

Ahora médico y enfermo pueden llegar a entender lo que significa, qué es, la enfermedad para el enfermo. Hasta ahora se mante-



nían en el terreno de lo *patológico*. Con su técnica el médico había descubierto y diagnosticado la alteración anatómica, funcional o psíquica del paciente, ahora puede entender el significado que esta alteración tiene para la vida del paciente, la limitación que la enfermedad supone respecto al *para qué* que es la vida, como quería Von Siebeck (10). Porque vivimos no para estar sanos, sino que estamos sanos y queremos estarlo para vivir, que no es otra cosa, no debe serlo, que para dar respuestas adecuadas y realizar determinados valores. Como escribe Gehlen: "Der Mensch lebt nicht, sonder er führt sein Leben das ihm als Aufgabe gestellt ist" (El hombre no vive, sino que conduce su vida que le es propuesta como una tarea).

Entendemos ahora por qué Laín Entralgo (11) afirma que "cuando la asistencia médica es lo que debe ser, el vínculo que entre sí une al terapeuta y al enfermo es el amor, un amor especificado como "amistad médica".

Pero resulta que no siempre el médico puede vincularse amistosamente con el paciente, no puede siempre establecer una relación de amistad.

Porque para que tal suceda, para que se de una amistad, es preciso la posibilidad de una relación interpersonal, que un Yo se dirija a un Tú. Es preciso que el médico pueda preguntar a su enfermo: ¿cómo estás? Que pueda el médico repetir los versos de Vicente Gaos:

"Ven hacia mí como yo a ti.  
Partamos el camino a medias.  
Tenemos muchas cosas que hablar,  
y muchas otras que callar juntos".

Pero resulta que en ocasiones se ve el médico obligado a cuidar de personas en que su condición o su enfermedad hace imposible esa vinculación de amistad. Nos referimos al enfermo comatoso, y especialmente al demente, al gravemente infradotado y al aún no nacido.

¿Deberá entonces el médico renunciar a su misión sanadora? Yo creo que no, aunque muchas filosofías actuales apunten, sin expresarlo claramente, hacia esa dirección. Y no debe renunciar el médico a cuidar de esos semejantes porque el amor, vínculo terapéutico básico, al que aludía Laín Entralgo, no se agota en la "amistad médica", sino que puede también especificarse como "amor de proximidad".



El padre Spiriq ha puesto de manifiesto que el prójimo, en lenguaje cristiano, es el *hombre*. Es decir, no tal hombre, un hombre concreto con sus condicionamientos sociales, nacionales y psicológicos, sino todo hombre, el cual se convierte en mi prójimo cuando siguiendo la enseñanza de Cristo aprendo a mirarle con amor misericordioso.

Esta forma de vinculación interhumana no se opone, sino que se complementa con la relación de amistad. La primera es amor a un hombre, la segunda a tal hombre.

Nosotros al referirnos a esos sujetos dementes, infradotados y aún no nacidos, aunque todavía no podamos, desgraciadamente, ofrecerles una ayuda técnica eficaz, no queremos renunciar a nuestra vocación de ayuda y por eso asumimos las palabras del gran poeta Hans Corusa:

“Ahora están más próximos a mi corazón aquellos que sé que no puedo salvar”.

Sras. y Sres.: Como decía al comienzo, hoy la Academia de Medicina se prepara a recibir como Académico de Número a un joven Profesor, el Profesor Sprekelsen y en nombre de ella me es sumamente grato recibirlo y expresarle nuestra alegría, afectos y el deseo de que ealice en ella una fecunda labor.

He dicho.

Ilmo. Sr. Prof. D. Arturo J. Brugger Anbás