



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Los sumarios de "Folia Clínica Internacional" son reproducidos en el "Current Contents" del Instituto de Investigación Científica de Filadelfia

LA HIPOCONDRIA: ENTRE LA ACTITUD Y LA ENFERMEDAD

por

ENRIQUE ROJAS * y AQUILINO POLAINO-LORENTE **

El primer problema que se plantea desde el punto de vista clínico es unificar los distintos criterios que han ido existiendo a lo largo de la evolución de la medicina en relación con este concepto.

Fue HIPÓCRATES (1) quien utilizó primero dicho término, significando con él pesadumbre, enfermedad difícil. "El enfermo parece tener en las vísceras una espina que le pincha; la ansiedad le atormenta y está sumergido en el temor."

GALENO habla de la hipocondría como *morbus flatuosus*, siendo como una subforma de la melancolía. En este mismo sentido, RICHARD BURTON (2), en su *Anatomía de la melancolía*, publicada a principios del siglo XVII, mantiene las tres formas gálénicas de la melancolía: encefálica, hipocondríaca y total.

Posteriormente, SYDENHAM une el concepto clásico de histeria —emigración del útero hacia otras zonas corporales— con el de hipocondría, aunque dicha unión no pudiese tener en el hombre la misma patogenia que en la mujer.

Más tarde, ESQUIROL separaría hipocon-

dría de melancolía, siendo FALRET el que equipararía hipocondría a aprensión.

COTARD (3) la calificó como un estado previo a la locura. En la nosología de KRAEPELIN no es admitida como enfermedad, cosa que nos parece importante por lo que más adelante diremos.

LÓPEZ-IBOR (4) se ha referido con insistencia a la hipocondría como actitud, es decir, como la elaboración de determinadas vivencias que cristalizan alrededor de ciertas actitudes.

Podemos definir la hipocondría como una constante preocupación por la salud física y por el estado de los diversos órganos de nuestra anatomía. Ahora bien, la hipocondría no es sólo una actitud, sino también una forma primaria de vivenciar, un modo relativo de estar determinado.

La fenomenología clínica del hipocondríaco nos hace ir ingenuamente a la observación de los acontecimientos que nos relata el enfermo, así como a su actitud vital frente a sí mismo y frente a su cuerpo.

El hipocondríaco vive desde su cuerpo y a través de él estructura todas sus relaciones. El sano vive sin saber de su cuerpo, sin apenas tener conciencia de él, y sólo en la medida en que éste rompe su silen-

* Prof. Adjunto del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Granada.

** Profesor Adjunto de Psicopatología Infantil y Juvenil de la Universidad Complutense.

ciosa armonía —la salud— toma conciencia de que *tiene su cuerpo* y que *su cuerpo le tiene a él*.

Este vivir desde su cuerpo le lleva a una hipervaloración de la significación de su corporalidad, a un estar pendiente del más mínimo detalle de su cenestesia, la que es objeto de un detallado y minucioso análisis. Es entonces cuando se empieza a adoptar una postura recelosa en relación al cuerpo propio, dedicándose el sujeto, las más de las veces, a la autoobservación de todas las sensaciones, infundiéndoles a cada una de ellas un significado concreto, significado que traduce, por una parte, inseguridad, y por otra, angustia.

Esta angustia, en el hipocondríaco, está corporalizada, desparramada por su cuerpo y por su corporalidad, al tiempo que se enraíza la génesis de la misma en los dos. Hay, pues, una relación de ósmosis recíproca entre *su cuerpo* y *su angustia*. El paciente no está atento solamente a su *intra-cuerpo* (5), sino también a su cuerpo como realidad objetiva que aparece ante el espacio. Por eso, se mira la lengua, se toma el pulso, se pone el termómetro, etc. Quiere descubrir lo que pasa dentro de su organismo a través de popularizadas exploraciones en busca de un garante de significados... Con el tiempo, el avanzar del cuadro clínico y la progresión de estas actitudes, el enfermo dedicará lo mejor de su vida a la propia enfermedad.

Es entonces cuando consulta manuales de medicina, revistas de divulgación médica o compra los fascículos que van saliendo sobre la "medicina en el hogar", o cosas parecidas.

Todo esto se va a traducir en un más atento detenerse sobre *lo que a él le pasa*. Va al médico y los síntomas salen ordenadamente, y no de una forma más o menos arbitraria. Con frecuencia los trae apuntados en una lista, según su importancia, o según el orden cronológico de aparición de los mismos.

La descripción misma que hace de algunos de ellos está repleta de una gran riqueza expresiva, están contados con verdadero espíritu prolijo, para que así nada se escape, nada quede fuera del alcance del conocimiento del médico, no sea que por faltarle a éste información no pueda hacer un diagnóstico correcto.

Esta actitud se va convirtiendo poco a poco en vocación. *El hipocondríaco tiene vocación por su cuerpo*.

Nos recuerda, mejor que nadie, que nuestro cuerpo no es sólo nuestro cuerpo, sino también el órgano de nuestras percepciones e iniciativas motrices, la sede de nuestras experiencias, de *todas* nuestras experiencias.

Por mi cuerpo estoy en el mundo y en toda cosa, incluyendo las realidades espirituales. Ni siquiera los juicios de valor dejan de pasar por él. Como dice GABRIEL MARCEL, "somos nuestro cuerpo y tenemos nuestro cuerpo" (6). El hipocondríaco llega a tener cada vez mayor fineza de sus percepciones internas. Las percibe con intensidad. Las analiza, las valora y estudia el alcance que cada una de ellas puede tener.

Va poco a poco perdiendo esa armonía silenciosa que revela la salud, para ir captando un cierto malestar difuso e indeterminado, que a veces se parcializa, dando entonces a ese determinado órgano una valoración exagerada, acuñada en expresiones tales como: "tengo hígado", "tengo sangre", etc., con lo que manifiesta su comenzar a tener conciencia de que *tiene* una víscera que se llama hígado, que *tiene* también sangre, etc.

No olvidemos que la hipocondría surgió como algo ligado a la melancolía, caracterizándose por unos síntomas específicamente localizados. Después, con el desvincularse de la melancolía, tomó autonomía propia.

Es el tránsito de lo sustantivo a lo adjetivo, como nos recuerda LÓPEZ-IBOR (7). Aquí se halla contenida toda la historia de la palabra hipocondría.

Pero nos debemos preguntar: ¿es siempre la hipocondría una actitud o puede tratarse de una alteración morbosa de los sentimientos vitales, según la concepción de MAX SCHELER (8)? Creemos que no se puede dar una respuesta taxativa y dogmática, que incluya a todos los casos, pues así como en las depresiones ciclotímicas la angustia revela, como dice KURT SCHNEIDER, las tres angustias principales del hombre (la angustia por la salud de su alma, por la salud de su cuerpo y por su salud económica, teniendo hoy día un especial interés el delirio hipocondríaco por la secularización y desacralización de nuestra cultura), en otras, como en las llamadas *depressio sine depressione*, el sujeto no se siente triste, sino enfermo. Esta preocupación intensa por su salud corporal va creciendo y tiende a tomar un carácter crónico, pudiendo hablarse en algunos casos de un pasaje fenomenológico que va desde la preocupación obsesiva por el cuerpo y su salud hasta llegar a adoptar incluso estas dudas e inquietudes un carácter de creencia, entrando entonces en lo francamente delirante, siendo ya sus argumentaciones irrefutables por el razonamiento lógico.

Hay como una primera etapa que es la entrada en lo delirante, en la que esa herramienta de la conciencia que es la atención aún está orientada hacia otras temáticas, para más adelante consagrarse y esparcirse por el cuerpo, deviniendo en su único y agigantado tema vital.

De lo que antecede podemos decir que la sintomatología hipocondríaca coloca al sujeto en un estado de alerta permanente hacia su cuerpo, tomando a éste para la fábula delirante que va construyendo con el desarrollo de su existencia. Unido esto a un estado afectivo especial, distímico, muy desagradable, que con frecuencia le lleva a chocar con sus familiares y con el médico mismo.

Un rasgo de interés cotidiano en estos enfermos es el recorrido itinerante de mé-

dico en médico, al principio acompañados de sus familiares en grupo; más adelante, este acompañamiento se va reduciendo hasta llegar el día en que la familia no puede más con él y dice que "lo suyo es de los nervios", y cada vez se apartan más para, al final, abandonarle. No es raro que el médico roce con el hipocondríaco, pues con frecuencia éste sugiere al médico algunas de las enfermedades que a lo mejor él tiene y en las que aquél no ha reparado.

Frente al propio cuerpo como objeto no podemos tener perspectiva alguna, a no ser que la propia visión se abarcase a sí misma, cosa al parecer imposible. Y, sin embargo, es válida la afirmación de que habitamos nuestro propio cuerpo, el cual se puede hacer problema en la perspectiva fenomenológica espacial y temporal.

Las coordenadas espacial y temporal dibujan el horizonte, el límite bajo el cual se hace posible la identidad y el reconocimiento del cuerpo propio. Sólo en circunstancias patológicas se disuelven estos horizontes temporoespaciales, disolución que posibilita el no poder lograr una síntesis corporal.

El espacio y el tiempo garantizan de este modo la posibilidad de nuestra objetivación corporal; pero la rebasan ampliamente porque no se quedan en ella, sino que, tomando ocasión del cuerpo propio, lo trascienden hasta hacerse presente al mundo y por él hacer presente el mundo a la conciencia.

El cuerpo es así la puerta por la que nos hacemos presentes al mundo y, a la vez, la forma por la que el mundo se nos hace presente. Si pudiéramos descomponer esta realidad para su mayor comprensión, observaríamos que el camino de ida nos presenta a lo psíquico mediante el concurso de lo biológico; pero, a su vez —el camino de regreso—, consigue que el mundo se haga presente a nuestra conciencia gracias a la presencia del cuerpo mismo (9).

Por ello, la escisión cartesiana entre *res*

extensa y res cogitans no consigue sino enturbiar y obstaculizar esta realidad. La relación *cuerpo-mundo* no se limita a la apropiación del mundo a través del cuerpo, sino que el establecimiento de esa articulación permite que a través del mundo se tome conciencia del propio cuerpo.

En el hipocondríaco, estas relaciones aportan un solo elemento: el cuerpo. Por eso le cuesta tanto desprenderse de él, llegando a constituir toda una forma de existencia, toda una forma de estar-en-el-mundo, trazada desde los trastornos de los sentimientos corporales que el enfermo aqueja.

Su respectiva sintomatología se puede distribuir, según ALONSO FERNÁNDEZ (10), en tres series:

a) Los trastornos de los sentimientos corporales condicionados somáticamente, con una elaboración vivencial adecuada.

b) Los trastornos de los sentimientos corporales condicionados somáticamente, con una elaboración vivencial inadecuada, conduciendo a una sobrevaloración de los mismos.

c) Los trastornos de los sentimientos corporales de origen ideativo, sin causa somática.

Ahora bien, de los tres debemos excluir el primero para perfilar con más precisión el concepto de hipocondría. BINSWANGER (11) nos habla de los hipocondríacos como de aquellos sujetos que elaboran de modo fantástico y unilateral sus sensaciones corporales. PAAL (12) dice que sólo se deben considerar hipocondríacos a aquellos sujetos que tienen una sobrevaloración inadecuada de su cuerpo. Hemos hablado de la hipocondría como *actitud* y de la hipocondría como una *forma primaria de vivenciar*.

Pero la hipocondría puede pertenecer a entidades nosológicas distintas. Clásicamente se la consideraba como la forma flatulante de la melancolía; es decir, dentro del marco de lo depresivo.

Nosotros vamos a distinguir varios grupos:

1. Aquella que aparece dentro del marco de las *enfermedades depresivas*. En primer lugar, las ideas delirantes hipocondríacas que acompañan a las depresiones vitales y que forman con la culpa y las ideas delirantes de ruina, el trípode del delirio depresivo sobre el que se monta la arquitectura de la angustia.

También se puede presentar dicha actitud hipocondríaca con especial frecuencia en la melancolía involutiva, y también como una subforma de la depresión despersonalizada o como depresión cenestésica de HUBER (13).

2. El delirio hipocondríaco que aparece sin estar ligado ni a lo depresivo ni a lo esquizofrénico en sentido estricto. Sería el caso de la *paranoia hipocondríaca*, existiendo con frecuencia una buena conservación de la personalidad.

3. El gran grupo de los hipocondríacos a los que pertenecen los *desarrollos neuróticos* en sus distintas formas, que van desde lo organoneurótico a lo psicósomático, pasando por lo histérico hasta las neurosis hipocondríacas en donde la angustia está corporalizada.

Tiene especial interés hablar de las neurosis histerohipocondríacas, en las que el cuadro neurótico estalla en un momento dado, teniendo una oscura patogenia. Se asiste entonces a un rico espectáculo que ampara, por una parte, el refugio intencional en la enfermedad para sacar determinado partido de ella y, por otra, la propia actitud hipocondríaca que conduce a vivir en permanente atención a nuestro cuerpo para que nada se nos escape de su lenguaje cenestésico.

4. El último grupo estaría formado por las manifestaciones hipocondríacas que aparecen en las *enfermedades esquizofrénicas*. No se ha prestado hasta ahora atención excesiva a los síntomas corporales que aparecen en la esquizofrenia, aunque ya BLEULER (14) pretendió denominar a sus diversas formas según el carácter de los

trastornos dominantes de los sentimientos corporales, como cuando habló de la esquizofrenia hebefrénica hipocondríaca. BERZE (15) habló, por ejemplo, de esquizofrenia neurasténica. ROSENFEED (16) y otros hablaron de esquizofrenia vegetativa. KRETSCHMER (17), cuando habla de *hipocondrias genuinas*, no hace otra cosa sino afirmar que son esquizofrenias que persistían durante toda la vida, pero que quedaron detenidas en sus comienzos.

Últimamente, en una serie de investigaciones sistemáticas, HUBER (18 y 19) ha estudiado los síntomas corporales de la esquizofrenia desde el punto de vista diferencial tipológico, habiendo descrito minuciosamente la esquizofrenia cenestésica, caracterizándose por el predominio de las alteraciones de los sentimientos corporales, sobre todo en la fase inicial de la enfermedad.

Hemos pretendido en estas breves líneas esbozar el apasionante problema de la hipocondría y su consideración, partiendo del análisis fenomenológico del cuerpo y de la corporalidad.

El cuerpo es el que unas veces nos pide y otras nos impide avanzar. La corporalidad hace de puente entre el sujeto y el objeto, permitiendo, además, el camino de regreso por el que podemos poseer nuestro cuerpo, ya que la capacidad de la observación directa del mismo nos está imposibilitada.

Por este puente, el cuerpo se abre al espacio mundano, que no tiene más remedio que ser situativo en cuanto que es intencional, y que en cierto modo sólo con habitarlo lo transforma, de donde se concluye la trascendencia del mismo como ser biológico.

Por eso es precisamente vehículo de nuestro ser-en-el-mundo, pues lejos de ser una realidad biológica lejana, apenas inerte y cosificada, se nos aparece como un entramado significativo, cuyo valor ontoló-

gico y existencial es el que da razón del modo como somos en el mundo.

RAZONES DE LA INCOMPRESIÓN MÉDICA ANTE EL ENFERMO HIPOCONDRIACO

Una vez que nos hemos zambullido en la fenomenología clínica del enfermo hipocondríaco, tal vez nos sea obligado el preguntarnos por las razones que durante tanto tiempo han hecho de estos enfermos de siempre unos incomprendidos.

Que la angustia anda por medio de estas incomprendiones es algo que fue visto desde hace mucho tiempo y no sólo por los médicos. El mismo MACHADO lo vislumbra magistralmente desde la orilla de su intuición poética:

“Es una tarde cenicienta y mustia,
destartalada, como el alma mía;
y es esta vieja angustia
que habita mi usual hipocondría.
La causa de esta angustia no consigo
ni vagamente comprender siquiera;
pero recuerdo y, recordando, digo:
sí, yo era niño y tú mi compañera.” (20)

De aquí que, si queremos afrontar de verdad este problema, no tengamos otro remedio que apelar forzosamente a la filosofía. En efecto, para la comprensión de esta incompreensión, no hay otra solución que remontarse a la primera mitad del siglo XVIII, cuando el *esprit de géometrie* se convirtió en el espíritu del tiempo y empapó toda la cultura del *grand siècle*; a no ser que nos conformemos con razones triviales, nada justificadoras por mucho que las elevemos a principios soberanos de la razón.

Es preciso, pues, una vuelta a DESCARTES para indagar acerca de las sinrazones de esta incompreensión del enfermo hipocondríaco, puesto que ésta remite a otra ciertamente más profunda, la del cuerpo. Puede afirmarse, sin jactancia, que todo el siglo XVII y el XVIII están aclimatados en el

ambiente creado por el cartesianismo. Tanto, que el iluminismo que le sucedió estaba preparado desde la cuna del cartesianismo.

El magistral aliado que las tesis cartesianas encontraron en la escuela de Port-Royal —que con su prestigio inspiró entonces la cultura francesa y parte de la europea— amplificó indefinidamente su capacidad de convocatoria, contagiando su fervor a la clase médica.

Para algunos médicos —los así llamados organicistas—, el cuerpo es algo desheredado y empobrecido, algo reducido a mera máquina, aunque instrumento indispensable para la intransigente reivindicación de la razón humana como fuente exclusiva de verdad. Para otros, más sutilmente espiritualistas, el cuerpo supone sólo un efector. Sería necesario escribir de nuevo la historia de la Psiquiatría, observando con especial atención el rechazo funesto hecho al cuerpo, socapa de afirmar el espíritu humano.

Al cuerpo había que someterlo con las presiones acomodaticias más groseras o se revelaba contra el espíritu en el momento del dolor. De una u otra postura no surgía sino la confirmación de aquellas palabras de PAUL VALÉRY: “Se diría que la inteligencia es la facultad del alma menos capaz de comprender el cuerpo”. Si en la *Weltanschauung* del médico general, el cuerpo es sólo una máquina que posibilita el pensamiento y su actividad; en la del psiquiatra, el cuerpo deviene en el efector —y sólo eso— de la superioridad del espíritu. Aquellos trataron de comprenderlo desde los cimientos del hombre; éstos desde la plenitud humana, y unos y otros en el fondo lo despreciaron al no situarlo en el justo lugar a que tenía derecho.

Veamos de dónde se deducen estos dos encontrados puntos de vista clínicos. En DESCARTES, el cuerpo se define según el criterio de lo material y extenso: “He expuesto a menudo la verdadera nota distintiva por la que podemos conocer que el espíritu es diferente del cuerpo. Esa nota distintiva

estriba en que toda la esencia o toda la naturaleza del espíritu consiste solamente en pensar, mientras que toda la naturaleza del cuerpo consiste solamente en que el cuerpo es una cosa extensa (21), esa máquina compuesta de hueso y de carne, tal como puede verse en un cadáver, y que yo llamo con el nombre de cuerpo” (22).

La última afirmación constituye la clave nuclear para entender el derrumbamiento del arco de la medicina durante los tres últimos siglos.

Obsérvese el mecanicismo subyacente. Si el cuerpo es sólo extensión materializable, entonces se le ha privado de las notas esenciales de lo *materializable, vivo y organizado*, y entonces se identificará con una máquina cualquiera. Pero reparemos en las notas de las máquinas —incluso a pesar de que en la actualidad más de uno nos sorprendamos ante el avance cibernético— para ver si pueden trasladarse a la realidad orgánica.

“La máquina —escribe TRESMONTANT— es fabricada. Una vez acabada, permanece tal cual. No dura. No evoluciona. No tiene historia. Se gasta y se enmohece a la larga, pero la temporalidad no está inscrita en su ser. El ser vivo, al contrario, evoluciona, no persiste tal cual, crece, se desarrolla, y envejece en profundidad, en lo último de sus células... No existe, estrictamente hablando, la enfermedad local. La noción de una enfermedad puramente local es, en medicina, una noción falsa, que releva precisamente de la engañosa analogía establecida por DESCARTES entre el organismo y la máquina” (23).

Se nos brinda así la posibilidad de entender dos fundamentales principios:

1) La temporalidad afecta al cuerpo del hombre, incorporándolo a la historia, a la vez que semimuda a su naturaleza en historia propia.

2) La enfermedad afecta al hombre completo, por muy circunscrita que aquélla sea en su biología. En tanto que experiencia

incorporada en el vector progresivo de su biografía, toda enfermedad es del hombre completo y total, además de que biológicamente afecte o no al organismo global organizado.

Como concluye TRESMONTANT, "Descartes no advirtió, al parecer, esta diferencia abismal, ontológica, entre la máquina y el ser vivo más insignificante. DESCARTES confunde el orden de lo orgánico, que nosotros no hemos creado, con el orden de lo mecánico, que sí hemos fabricado; el orden de las realidades naturales con el orden de los objetos fabricados por nuestra industria. Toda su ontología, su concepción del tiempo, del movimiento, su cosmología y su antropología se basan en esta confusión, confusión que acarrea las más funestas consecuencias, tanto en filosofía como en medicina o incluso en pedagogía" (24).

En la pluma de DESCARTES, el cuerpo se transforma en algo así como un cadáver. Si el cuerpo es materia apenas enlazada y no unitaria, el cuerpo es un cadáver, una multiplicidad que no llega a lo unitario de una síntesis, una apariencia pronta a descomponerse.

El olvido de que todo cuerpo es un cuerpo organizado ha prolongado, desgraciadamente, esta cadena de errores. Su *estar organizado* supone y exige el *estar animado*, algo que recibe pero que a la vez le constituye en lo que es; lo que posibilita el despliegue de todas sus acciones, funciones en las que el cuerpo recobra la determinación genuina y sustantiva de lo que es.

Como escribe TORELLO, "el cuerpo no es ni un objeto, ni una cosa ni una máquina. Es también *esencialmente distinto de un organismo animal* (Heidegger). El cuerpo no es, tampoco, algo que uno "posee". El hombre es cuerpo, como es espíritu. La corporalidad pertenece a la esencia del ser humano: estamos ahí (DASEIN) en virtud de nuestro cuerpo, y también en virtud de nuestro cuerpo tocamos el mundo y el mundo nos toca. Gracias a mi corporalidad soy

quien soy, puedo expresarme y actualizarme, puedo obrar el bien y el mal" (25).

Y es que hablar del cuerpo y poner entre paréntesis el alma no es sino una empresa imposible. Pero este imposible ha sido vivido como algo más que una posibilidad durante mucho tiempo, gracias a DESCARTES. El concepto de cuerpo ha arruinado sus posibilidades significativas más hondas para elegir una que acaso se identifica con el *cuerpo-muerto*.

En el cuerpo-vivo hay algo más que un simple cuerpo. Es cierto que el cuerpo-vivo no es el alma, y que se distingue de ella; pero no es menos cierto que un cuerpo-vivo supone la multiplicidad de materiales muy diversos (igual que el cuerpo-muerto), más un principio formal, el alma (en esto se distingue del cadáver), que le integra y unifica en una síntesis viva. Ahora bien, esta síntesis que posibilita la vida, palpita en el cuerpo y le hace palpitar, pero no es el cuerpo, aunque le sea absolutamente preciso al cuerpo para ser cuerpo.

Y si le es tan preciso que ha sido definida esta unión como *sustancial* —y tomamos aquí *sustancial* con todo su peso metafísico, aun cuando sea mucho—, y si entendemos lo que es sustancial, comprendemos, al fin, que pensamiento y corporalidad no son dos cosas hilvanadas, sino apenas una única cosa.

Es que "el cuerpo es una *situación* (MERLEAU-PONTY), pertenece a la *relación extática del ex-sistente con su mundo* (BOSS), y esto quiere decir que el cuerpo no es ni mi pura mismidad ni una neutral vestidura del alma... Cuando una madre acaricia a su hijo no toca la materialidad estricta del ser querido: acaricia al niño mismo, esto es, *realiza* un contacto entre dos seres humanos, la comunión de dos personas" (26).

Además, cuerpo (cuerpo-vivo. se entiende) y alma no pueden entenderse como cantidades heterogéneas distantes y separadas. Entre otras razones, porque lo que llamamos cuerpo-vivo, para que lo sea, es ne-

cesario que un principio formal distinto a la materia de que está compuesto le organice y anime hasta constituirle en lo que propiamente es.

De otra suerte no sería posible un cuerpo-vivo (materia viva animada) más un alma que luego se le suma. El cuerpo-vivo sin animar no es cuerpo-vivo. A lo sumo será un cadáver, o todavía mejor: materia inerte. La fórmula aristotélica resella con claridad cuanto aquí afirmamos:

“No es el cuerpo separado de su alma el que está en potencia capaz de vivir, sino aquel que todavía la posee” (27). “El hombre —escribe TRESMONTANT— no es la unión de un alma viva y de un cadáver, sino la unión de una alma viva y de una materia que se ha organizado en virtud de esta misma unión” (28).

Esta doctrina es la que debe embrazar la medicina psicosomática, si de verdad queremos entender al hombre y realizar, de una vez por todas, una medicina antropológica (lo que es ya una redundancia que nos advierte de los errores pasados que con su torpeza han logrado desgastar el significado de las palabras), de la que tan necesitado está hoy el mundo.

La solución de la medicina psicosomática puede poner fin a este divorcio entre internistas y psiquiatras. Cada uno habrá de saber renunciar a la posición errónea en que se alinea, orgulloso, junto al especialismo de sus compañeros, para llegar a ese terreno neutral, donde se encuentra el hombre enfermo, y poder allí estrecharse la mano interdisciplinariamente.

Si esto se consiguiera, el enfermo hipocondríaco también sería comprendido por unos y otros, poniéndosele fin a ese peregrinar insufrible de una a otra consulta.

Y es que, como escribe MILLÁN PUELLES, de una parte, “acontece, en efecto, que incluso las más altas dimensiones de la existencia humana —las que con todo rigor se considera como exclusivas de nuestro propio espíritu— tienen también la índole de

indirectamente materiales. Ello se debe al hecho de encontrarse materialmente mediadas y condicionadas” (29); pero, de otra parte, existe una importante “función así atribuida al cuerpo humano en la posibilidad y la realidad de la historia. Esa función queda, si cabe, todavía más clara en la tesis siguiente:

Los hombres tienen historia por tener que *producir* su propia vida y, ciertamente, de un modo *determinado*; ello está dado por su organización física; y lo mismo acontece con la conciencia humana” (30).

Ello confirma la tesis de G. THIBON: “Separada del espíritu, la carne se corrompe; pero el espíritu desterrado de la carne se marchita como una flor cortada y se convierte en fantasma”. Lo que desde otro punto de vista más radical no hace sino resucitar la tesis tomista de que “el alma nace para existir en la materia” y que “el alma unida al cuerpo es más perfecta que separada de él”.

La realidad clínica más realista nos urge de continuo a rechazar la antropología órfica acuñada desde los pitagóricos y el platonismo. No existen en el hombre la accidental y lejana composición de dos sustancias, el alma (*psyché*) y el cuerpo (*soma*).

No es, pues, que el hipocondríaco sufra en su alma (sustancia y parcela divina según los herederos del platonismo) las consecuencias de haberse despeñado en un cuerpo malaventurado y travieso que le aliena en el infierno de las sinrazones.

No, el alma del hipocondríaco no tiene nostalgia por estar desterrada en un cuerpo tan sano como malvado, como el orfismo aseguraría. Es, ciertamente, esa relación anímico-corporal la que está alterada y la que es preciso reordenar. Es más: sólo profundizando y haciendo más plena —en el grado que nos sea posible— esa *unión sustancial* entre el cuerpo y el alma del hipocondríaco es como conseguiremos arrastrarle a las playas recogidas y serenas, donde la enfermedad se transforma en salud, pu-

diendo gozar así de las pequeñas y discontinuas bonanzas de esta vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. HIPÓCRATES: *Œuvres Complètes d'Hippocrète*. Ed. Littré, t. VII, Baillière, París, 1851.
2. BURTON, R.: *Anatomía de la melancolía*. Espasa-Calpe, Madrid, 1957.
3. COTARD: *Hipocondría*, en "Dictionnaire Encyclopedique des Sciences Médicales", t. XV, París, 1889.
4. LÓPEZ-IBOR, J. J.: *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Ed. Gredos, páginas 142 y ss., Madrid, 1966.
5. Cfr. ORTEGA Y GASSER, J.: *El espectador*. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, págs. 614 y ss., 1943.
6. MARCEL, G.: *Être et avoir*. Montaigne, París, 1955.
7. LÓPEZ-IBOR, J. J.: *El cuerpo y la corporalidad*. Ed. Gredos, Madrid, 1974, páginas 42-44.
8. SCHELLER, M.: *Esencia y formas de la simpatía*. Ed. Losada, Buenos Aires, 1957.
9. POLAINO-LORENTE, A., y ROJAS, E.: *El cuerpo en la filosofía de Merleau-Ponty*. Rev. de Psiq. y Psic. Méd. de Amer. Lat., XI, 9, 1975.
10. ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: *Fundamentos de la Psiquiatría actual*. Ed. Paz Montalvo, t. I, Madrid, 1972, pág. 373.
11. BINSWANGER, L.: *Leib und Existenz*, en "Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins". Niehaus, Zurich, 1953.
12. PAAL, G.: *Hypochondrische Syndrome*. Nervenartz, 39, 16-22, 1968.
13. HUBER, G.: *Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen*. Fortschr. Neurol. Psychiat., 34, 409, 1967.
14. BLEULER, E.: *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, en "Handbuch der Psychiatrie", Leipzig, 1911.
15. BERZE, J.: *Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität*. Deuticke, Leipzig, 1914.
16. ROSENFELD, M.: *Vegetative Systeme und psychische Störungen*. Münch. Med. Wschr., 12, 447, 1939.
17. KREYSCHMER, E.: *Delirio sensitivo paranoide*. Ed. Labor, Barcelona, 1957.
18. HUBER, G.: *Die coenaesthetische Schizophrenie*. Fortschr. Neur. Psych., 25, 491, 1957.
19. HUBER, G.: *Situation und Persönlichkeit in Diagnostik und Therapie*, Karger, Basilea, 1968.
20. Citado por COBOS, P. de A.: *Humorismo de Antonio Machado en sus apócrifos*. Ancos editor, Madrid, 1970, pág. 27.
21. DESCARTES, R.: *Réponses aux cinquièmes objections*. Ed. de la Pléiade, página 374.
22. DESCARTES, R.: *Meditation*, XI.
23. TRESMONTANT, C.: *Comment se pose aujourd'hui le problème de l'existence de Dieu*. Ed. du Seuil, París, 1966 (hay traducción española), pág. 335.
24. TRESMONTANT, C.: *Ob. cit.*, pág. 337.
25. TORELLÓ, J. B.: *Psicología abierta*. Madrid, 1974, pág. 41.
26. TORELLÓ, J. B.: *Ob. cit.*, pág. 42.
27. ARISTÓTELES: *De anima*, II, 1, 412 b.
28. TRESMONTANT, C.: *Ob. cit.*, pág. 341.
29. MILLÁN PUELLES, A.: *Economía y Libertad*. Confederación Española de Cajas de Ahorro, Madrid, 1974, pág. 148.
30. MILLÁN PUELLES, A.: *Ob. cit.*, pág. 199. Cita a GEHLEN, A.: *Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt* (9 Auf Athenäum Verlag, Frankfurt a. M., 1971, Seite 30, nota.