

Las voces del cuerpo

Reflexiones en torno a la fragilidad
y el dolor humano

Alberto Palacios Boix



Índice

Prefacio a la segunda edición	9
Prólogo a la primera edición	11
Ese vulnerable continente del alma	14
Mejor prevenir que lamentar	33
Paseo por el amor y la muerte	50
Afectos y desafectos	65
Lo psicósomático	80
Los avatares del desarrollo	89
Nueva luz a través de una ventana añeja	108
Me quieren operar	117
Viñetas clásicas y momentos musicales	120
Aquello que arrebató el sueño	128
Una lectura paranoica de nuestro tiempo	133
Distorsiones	142
El estrépito de las torres caídas	153
Edipo tirano	163
Este no es mi cuerpo	168
Mil novecientos cincuenta y tres	179
Un poco de historia y ficción	185
<i>Vive la différence!</i>	187
El apego a la legitimidad	193
Hablando de excesos	196
El daguerrotipo de agua: objeto y encanto en la obra de Serge Leclair	204
Freud y más allá	212

<i>Pap smear</i> o el libelo de Papanikolau	216
Los otros musulmanes. Nuevas reflexiones en torno al Holocausto	219
La estructuración del individuo	232
<i>Surmenage</i>	240
El delicado quehacer del médico	248
Bibliografía complementaria	257
Índice onomástico	260

Ese vulnerable continente del alma

La consulta médica está entreverada con la historia y el drama de cada ser humano que acude a relatar sus síntomas. No todo padecimiento es enfermedad, solemos decir, y es bastante cierto, pero sin duda se erige en sufrimiento, para el que no tenemos una escucha atenta.

Las narraciones que abren este libro son producto de sufrientes reales, pero atrapados en lo imaginario, que le da cuerpo a su padecimiento y les inunda el alma, hasta anegarla. Los he mezclado arbitrariamente con preocupaciones estéticas, morales y patológicas. No siempre son discursos personales con un final feliz, acaso prometedor, porque la herencia y la fragilidad afectiva pueden modificarse un tramo, pero no todo el trayecto. Somos sujetos desde el dolor y la pérdida; eso mismo nos hace hombres y mujeres deseantes, atentos a la muerte para gozar la vida, en lo posible y en lo asequible, acaso nada más.

ME DUELE TODO

Con esta frase introductoria y a la vez confusa, si nos atenemos al correlato anatómico, recibo varios pacientes por semana. Escucho con atención y voy hilvanando las características semiológicas del discurso para adecuarlo a la nosología y darle forma. Pero reconozco que me conmueve esta versión del sufrimiento. Es una queja, en el verdadero sentido afectivo; una queja que está vertida en el cuerpo, que habla por él.

Me pregunto, mientras articulo los datos clínicos y los exámenes de laboratorio (habitualmente excesivos), si se trata más bien de una sintomatología sexual, resultante de la inadecuación del placer, que invade todo el horizonte somático. Para estos pacientes, la lesión dejó de ser visible, no se localiza más en el espacio corporal: se traduce en una órbita de sufrimiento que opera y define la cotidianidad.

Son individuos que en la actualidad comprenden un número cre-

ciente de los enfermos con dolor miofascial, fibromialgia y fatiga crónica. Despliegan, con diverso gradiente, un montante de dolor físico y sufrimiento emocional. Su malestar cinestésico y su pesadumbre hacen complejo el diagnóstico y el tratamiento. No es remoto que terminen martirizados por diversos médicos, víctimas de la actuación contratransferencial, crucificados en su dolor.

Se trata mayoritariamente de mujeres jóvenes atravesadas por una melancolía innombrable, asediadas por síntomas neurovegetativos que demandan expresión y explicación, todos ellos acordonados en una marcada tensión muscular. Enfermas cuya ansiedad, por intensamente somatizada que esté, da la impresión inmediata de un pesar subjetivo. El sufrimiento con frecuencia se anuda con otras quejas circunstanciales (conyugales, económicas, familiares, situacionales, etcétera).

A la luz de su relato, parecen más inhibidas en lo psíquico que en lo físico, como empobrecidas en su deseo, que se vierte disfrazado del dolor que les concierne. Acuden a la mirada del clínico extenuadas en una depauperización afectiva, que las hace sentir empobrecidas e incompletas. Desde cierta negación, su dolor físico las legitima y les permite estar en el mundo. El sufrimiento permea las barreras del territorio psicósomático, brota cual hemorragia displacentera y arrastra consigo a los otros procesos psicológicos. Percibo una herida que mana quebranto psíquico hasta quedar exangüe. En efecto, habría quien lo compare con los síntomas funcionales que convergen en el periodo menstrual (que solemos denominar peculiarmente como PMS, por sus siglas en inglés).

Aunque le atribuyamos mapas y denominaciones, este dolor que marchita las fibras y los tendones no puede significarse. Aparece como atrapado bajo la piel, indiscernible al clínico, pululando sin un patrón definido entre músculos y meridianos de acupuntura; como un trastorno de la economía del goce en el sentido metapsicológico. Muchos pacientes acusan de incompreensión a quienes los han atendido (y des-atendido, por supuesto): “Todos terminan diciendo que yo sola me provoqué los dolores”, suelen decir. Es como una fuerza instintiva que se mantiene sin cesar, a punto de resolverse pero que fluye reiterativamente hacia lo somatosensorial, negándose a ser satisfecha. Se ha trastocado en un lenguaje, un idioma que se reedita en el cuerpo tumefacto y que interpela a todo aquel que lo rodea.

Un ejemplo clínico puede ayudar a iluminar estos señalamientos. Gracia es una mujer de apariencia vulnerable a sus 27 años. Viene sumida en un manto de quejas somáticas: ardor difuso, dolor neurálgico

en secuencia, sensación de opresión muscular en ambas piernas, cambios térmicos, disuria y cefalea intermitente. Su discurso, de tenue resonancia afectiva, está enmarcado por una mirada suplicante, pero sin llanto (“agotada de lágrimas”, pensé yo cuando la conocí). Una mirada que parece reclamar en todo tiempo el retorno de algo perdido. Al igual que tantos otros pacientes como ella, trae una carpeta de estudios radiográficos y neurofisiológicos, exámenes químicos e inmunológicos, y recetas de diversa procedencia. Parece denunciar que su lenguaje corporal sigue sin descifrarse, drenando continuamente su calidad de vida.

Viste con recato. Pese a su edad, parece una adolescente atemorizada de su sexualidad, del intercambio de afectos que suscita. Todo su ser está en involución, sujeto de un drenaje interno que la sustrae del mundo. Al poco de conocerla, damos con el origen de su duelo: recuerda que siendo una niña de siete años, la dejaron al cuidado de su hermanito de tres. En su precoz comprensión ambivalente, decide llevarlo a jugar a la azotea. Un descuido momentáneo provoca que el hermanito “se desprenda de sus brazos” y caiga de poca altura para fracturarse costillas y un brazo, víctima también de una contusión cerebral. Gracia pasa las siguientes semanas atribulada por un clamor inconsciente que le reprocha la maldición edípica.

Se entiende así que todo analgésico resulte insuficiente; antes Gracia sufrirá los efectos indeseables de cualquier sedante o narcótico, que acceder a esta herida que la determina. Su dolor es el correlato subjetivo de perder todo amor, toda vindicación, que antecede a la angustia de la afirmación sexual y despunta como una fuerza criminal, a la que sucumben las terminaciones nerviosas en un vaivén imaginario de neurotransmisores. Dolor persistente e inefable, que traduce el drama de la separación absoluta de lo venerado e idealizado, justo donde se juega la certidumbre existencial del sujeto.

Apoyada en un trabajo psicoanalítico, Gracia aprendió a representar lo que había exiliado de su conciencia. Pudo descubrir gradualmente la envidia que le despertó el nacimiento de su hermano en primer plano, seguida de una urgencia seductora que configuró su lenguaje corporal de niña, debatiéndose entre el deseo excluyente hacia sus padres. Reconoció con mucho dolor (ahora sí, ligado a una emoción y no disperso en el cuerpo) que su herida narcisista se suplió con la fantasía de ser admirada por su belleza física, pero nunca destinataria de afecto. Con este valioso esfuerzo, ha dejado gradualmente los fármacos y parece poner en su lenguaje otra dimensión que no sea solamente su llanto soterrado.

Mejor prevenir que lamentar

Si algo hemos aprendido de nuestros fracasos en medicina es que resulta más eficiente y más barato establecer medidas profilácticas que extirpar todo lo enfermo como cirujanos medievales. La revolución microbiológica de finales del siglo XIX y la revolución biotecnológica que estamos viviendo desde la mitad del siglo XX nos han enseñado que toda afrenta a la naturaleza tiene un precio. Que somos sujetos endebles, aislados y vulnerables, pese a las proezas que hemos logrado en el campo de la salud. En 2009 conocimos con todo detalle la magnitud inesperada de una pandemia. El terremoto de Lisboa en 1755 cambió la respuesta social a la tragedia humana, el tsunami de 2004 nos ahogó en la indefensión; acaso esta influenza H1N1 nos ha restituido la dimensión de la esperanza.

LOS ANTIOXIDANTES Y LA PRUEBA DEL TIEMPO

Comer frutas y verduras, dejar la grasa y los carbohidratos en exceso, es seguramente nutritivo y bueno para la salud. Lo que no es tan claro es que suplementa la alimentación diaria con productos mercantilizados como antioxidantes prolongue la vida y evite enfermedades crónicas.

Revisemos un poco la evidencia científica. La historia de los antioxidantes nace como derivación de las industrias alimenticia, petroquímica y cosmética, donde estas sustancias se han utilizado ampliamente como conservadores o estabilizadores. Dado que el estrés oxidativo es una condición importante de muchas enfermedades crónico-degenerativas, la aplicación de agentes mitigantes de sus efectos despertó el interés farmacológico hacia la mitad del siglo XX. El impulso en este prometedor campo de la medicina preventiva se debe al doctor Henry A. Mattil, que en 1947 descubrió las propiedades antioxidantes de la vitamina E.¹

¹ <http://jn.nutrition.org/cgi/reprint/135/3/363>

La investigación temprana se basó en moderar los efectos de los radicales libres de oxígeno y de la peroxidación de lípidos ante el deterioro celular. Una paradoja científica es que mientras la gran mayoría de los organismos vivos requerimos oxígeno como nutrimento esencial, sus productos metabólicos suelen ser tóxicos para los tejidos. Tal es el caso del peróxido de hidrógeno, los radicales hidroxilo y los aniones superóxido que producen alteraciones moleculares en las proteínas y el ADN capaces de inducir muerte celular o mutaciones neoplásicas. De ahí la relevancia de sintetizar productos con cualidades antioxidantes que prevengan el daño oxidativo y que potencialmente puedan alargar la vida tisular o atenuar su degeneración. Desde la perspectiva popular, esta iniciativa tiene francas resonancias con la búsqueda de nutrientes en los alimentos y la descripción de las propiedades de las vitaminas que caracterizó a la industria alimenticia estadounidense tras la Segunda Guerra Mundial. Claro está, con el componente de mercadotecnia añadido.

En medicina, pese a la presión popular, los avances han sido más cautos. Los datos sólidos provienen de estudios epidemiológicos de largo alcance y varios miles de sujetos, pero con frecuencia se ven empañados por observaciones incidentales que reciben mucha atención del público.

Todos sabemos que la aspirina a dosis bajas (81-100 mg al día) previene efectivamente la enfermedad coronaria, y que la dosis de adultos (así como algunos antiinflamatorios análogos) parece impedir que los pólipos intestinales progresen a cáncer. Los datos son muy contundentes respecto de la aspirina, cuyo efecto se ha estudiado en diversas cohortes que agrupan a más de 120 mil personas desde 1976 (notablemente, el Estudio de Salud de Enfermeras de Harvard). La aspirina parece tener un efecto antiproliferativo en los pólipos adenomatosos, quizá bloqueando las mutaciones epiteliales que dan lugar a malignidad o inhibiendo ciertos mecanismos celulares de replicación (en particular, una enzima que se llama ciclo-oxigenasa 2).

La vitamina D modula los receptores del epitelio intestinal y previene la angiogénesis y la proliferación celular. Un estudio reciente demostró que los pacientes con factores de riesgo que se suplieron con vitamina D (y alcanzaron niveles en sangre de 25 ng/mL) tuvieron una reducción de 47 por ciento para desarrollar cáncer de colon. Esta es una observación muy prometedora que requiere confirmación en ensayos clínicos controlados.

El ácido fólico, que se sospecha que estabiliza el ADN y previene su degradación metélica, podría ser un protector contra el cáncer, pero dado

que es un suplemento habitual del pan de trigo y sus derivados, no parece necesario tomarlo como rutina.

Los estrógenos ya no están de moda en la menopausia, pues se pensaba que, análogamente a su papel en la osteoporosis, prevenían el envejecimiento y algunas enfermedades crónicas. No obstante, se sabe que inhiben el factor de crecimiento similar a insulina (IGF). Este mediador celular es un agente que estimula la proliferación de las mucosas. Se ha visto que los pacientes obesos con diabetes mellitus producen exceso de IGF en el intestino, y por ello tienen un riesgo alto de padecer carcinoma colónico. Así que algún derivado sintético de estrógenos, que no incremente el riesgo de sufrir cáncer de mama, podría recomendarse en el futuro para otros tipos de cáncer.

En cambio, otros antioxidantes no han estado a la altura de lo que prometían hace una o dos décadas. Los beta-carotenos, el ácido ascórbico y la vitamina E no promueven ningún beneficio médico cuantificable.²

Más aún, un cuidadoso ensayo experimental publicado recientemente (*PLoS Genetics*, mayo de 2009) demuestra que para protegerse de su destrucción por radicales libres y otros agentes oxidativos, las células eucarióticas requieren una infusión de oxidantes. Este mecanismo de adaptación puede tener grandes implicaciones en la terapia celular del futuro.³

En resumen, lo sensato es consultar los lineamientos preventivos emitidos por agencias gubernamentales en Estados Unidos, Canadá o Europa. No todos los antioxidantes sirven, ni todos los que se comercializan “curan” enfermedades. Un médico bien informado debe saber qué fármacos y qué vitaminas, en qué dosis y en qué grupos de edad o condiciones de riesgo deben prescribirse. Lo demás es promoción exagerada, de la que se aprovechan muchos buitres.

CUANDO LAS DEFENSAS SE AGOTAN

Rolando es un paciente con hepatitis C, contraída hace años por contacto sexual. Pese a mostrar una respuesta inmune vigorosa de inicio, su infección viral crónica progresa sin reservas. Se ha tratado adecuadamente con PEG-interferón y ribavirina. ¿Qué pasa entonces con su sistema inmune?

² Recomiendo revisar *Evidence Based Medicine* 16(3), diciembre de 2008, p. 177, que se basa en una compilación de datos en diversas enfermedades, que incluyeron a 232 550 participantes.

³ Puede consultarse este artículo en: <http://www.plosgenetics.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pgen.1000488;jsessionid=86DBA753499AA9478A381A726328DDF9#abstract1>

Paseo por el amor y la muerte

Cuando dejé el hogar paterno, en una especie de rito de pasaje, vi esa epopéyica película de John Huston, que aprovecho para titular este capítulo. Muestra la travesía de un bachiller en letras que recorre una Francia asolada por la peste, y cuyo único anhelo es conocer el mar. El deseo lo impulsa y lo detiene, su viaje todo es sensualidad y miedo. Como una inolvidable metáfora (la otra es el “Macario” de Bruno Traven), ha signado mi vida profesional en su propia trayectoria, a veces impelida por la verdad y a veces entorpecida por la pulsión de muerte.

MARCHITARSE EN PRIMAVERA

Vivimos con rumbo conocido. Desde temprana edad, coincidiendo con esa ominosa etapa de la sexualidad que denominamos como epifenómeno “complejo de castración”, entendemos que nada es para siempre. Quizá por esos años muere el primer abuelo, perdemos una mascota, nos percatamos de que mamá ha dejado de ser incondicional, o bien, nace un hermanito que nos arrebató la primacía con su rivalidad. El hecho es que lo fatal se hace presente, nos impele y nos repele a la vez. Registramos de golpe el peso de la genealogía, la relatividad de los ancestros y de los mitos familiares, y advertimos por amago el sentido de la finitud. Si el entorno es religioso, su doctrina acude como refugio en la vastedad del naufragio simbólico. Acaso tomamos otros iconos y nos asomamos por primera vez a la fantasía, al goce sexual y, de bruces, a la culpa inconsciente.

Apareado a estos misterios, que quizá nos lleva el resto de la vida discernir, está lo inesperado, lo siniestro, lo inefable. Tal es el caso de la muerte de cuna, incomprendible y enigmática de suyo. El apelativo médico para esta catástrofe emocional es Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SIDS, por sus siglas en inglés), que transpira todos los monitores y los

sueños interrumpidos de ambos padres hasta que el bebé alcanza cierta madurez, cuando todos vuelven a respirar con calma.

El único avance clínico hasta ahora ha sido la evidencia de que dormir al bebé sobre su vientre triplicaba el riesgo de muerte súbita. Al conocerse ese dato, las campañas de prevención han preconizado la posición boca arriba y con ello se ha logrado disminuir el SIDS en 50 por ciento desde 1990. La incidencia actual es 0.1 a 0.8 fallecimientos por cada mil neonatos, con pico entre dos y cuatro meses de edad. La definición clínica se sostiene en tanto no existan causas hereditarias discernibles, que la muerte ocurra durante el sueño del infante y antes de cumplir un año de vida. Para fines prácticos, debe distinguirse de otras causas de muerte súbita en lactantes, como las infecciones (responsables en 20% de los casos), anomalías congénitas cardíacas (menos de 10%) o trastornos del metabolismo de la oxidación de ácidos grasos (alrededor de 1%). Las causas de maltrato y sofocación deliberada encaran otro diagnóstico.

Si la muerte súbita se triplica en posición ventral, se ha especulado que la asfixia es una causa fundamental, en un lactante frágil y con inmadurez para ventilar o expectorar. Aproximadamente la mitad de estos decesos ocurren cuando el bebé comparte una cama o un sofá con un adulto. Pero se ha propuesto que el SIDS es un trastorno homeostático que incluye incipiente desarrollo cerebral, autonómico y cardiovascular, aunado a la injerencia de factores ambientales (tabaquismo, pobreza, desnutrición, áreas mal ventiladas) donde claramente la incidencia es mayor.

El estudio de registros cardíacos y monitoreo respiratorio de bebés fallecidos por SIDS y su replicación en modelos animales han permitido establecer cinco pasos para que ocurra este fenómeno tan doloroso.¹

1) Se desata un evento estresor que atenta contra la vida (asfixia grave, hipoperfusión cerebral, apnea por reflujo, o una combinación de ellos). 2) El bebé no despierta en respuesta a la falta de oxígeno o exceso de CO₂; al no girar la cabeza, perpetúa la asfixia. 3) La asfixia progresiva conduce a una arreflexia y coma hipóxico. 4) El oxígeno circulante cae a niveles críticos (menos de 10 mm de mercurio) y se instala una falla cardíaca, por ritmo lento y alternante. 5) Fallan los mecanismos de autorresuscitación y el bebé muere en paro cardiorrespiratorio.

Nuestro despertar desde el nacimiento involucra neuronas que responden a diversos neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, histami-

¹ Incluyo una gráfica que lo ilustra: <http://content.nejm.org/cgi/content-nw/full/361/8/795/F1>

na y dopamina) en el tallo cerebral y el hipotálamo, con lo que provocan activación de la corteza. A falta de oxígeno o flujo sanguíneo, estos receptores son incapaces de dar aviso de urgencia y evitar la asfixia. El tono muscular, el pulso y la frecuencia respiratoria dependen de la integridad de estas vías subcorticales. Cuando falla el aporte de oxígeno o de sangre al cerebro, el ritmo respiratorio normal se ve reemplazado por jadeo, lo que suscita mecanismos de resucitación desde el bulbo raquídeo. En los bebés con SIDA estos relevos fallan y también se observan episodios de arritmia cardíaca registrados antes de ocurrir la muerte.

En la actualidad se recomienda dormir siempre a los bebés hasta los seis meses en posición supina (boca arriba), de preferencia con un chupón que mantenga el ritmo respiratorio y el chupeteo, en un cuarto adyacente. Se insiste en que los monitores cardiorrespiratorios no han resultado útiles en casa y sólo aumentan la ansiedad de los padres y distorsionan el vínculo afectivo.

La pérdida de un hijo es irreparable. Queda siempre una herida, que atraviesa el espacio psíquico y lo mina con su recuerdo y su vacío. La sombra del infante difunto se yergue sobre el alma, primero como una brutal renegación, más tarde como un dolor paralizante para dejar a su paso una honda melancolía, una desolación afectiva que no conoce fronteras y que se refleja en cada espejo, en cada ausencia. Toda traducción se vuelve imposible, y el pesar termina en asimbolía, una carencia de significado. Los padres dejan de metaforizar, se adhieren al abrigo del silencio y algo muere también en ellos.

MI OTRO YO

La ciencia de los trasplantes nació del entusiasmo por reparar córneas y úlceras cutáneas en los albores del siglo XX y se expandió notablemente durante la Segunda Guerra Mundial gracias a sir Peter Medawar y sus colaboradores. Desde entonces, los trasplantes han salvado más vidas que ninguna otra intervención terapéutica aislada en la historia, a excepción de la higiene, la antibioticoterapia y la vacunación masiva.

El primer trasplante de un órgano humano se verificó la víspera de Navidad de 1954 en Boston. El paciente, que sufría de insuficiencia renal, volvió a orinar y pese a que se le retiraron *a posteriori* sus dos riñones de origen para controlar la hipertensión, vivió varios años más sin contratiempos. Estamos hablando de tres décadas antes de que se introdujeran los inmunosupresores derivados de hongos, como la Ciclosporina A (ahora muchos otros: Tacrolimus, Sirolimus, anticuerpos monoclonales,

Afectos y desafectos

Una parte medular de este libro es lo amoroso. Debe entenderse que todo encuentro con un enfermo tiene, por supuesto, una dimensión emocional que lo ocupa y lo determina. “Espero que me alivie”, decimos, asumiendo que convocamos un poder carismático y patriarcal irrefutable. La relación clínica reviste así una intimidad que exige carácter asistencial por encima de los vínculos habituales. No debiera contaminarse con las necesidades del médico, porque en su artilugio de proveedor y supuesto conocedor esperaríamos una atención refinada y opaca hacia nuestras debilidades. En la práctica esto no es más que fantasía. El doctor pone en juego su deseo inconsciente, matizado por la invitación que hace el paciente, y desde ahí, el arte de curar transita en un terreno endeble, a veces ambiguo y otras veces eficiente en sus respuestas.

Nunca nos educaron para amar, lo aprendimos en el concierto de las introyecciones más tempranas, coludidos con nuestro egoísmo y nuestra rabia. De modo que curar obliga a la curiosidad y a la destreza tanto como a la humildad, porque evitar el dolor es un prodigio cuando tiene sentido, y sólo cuando devuelve al sujeto su libertad y su elección sin condiciones.

EL PESO DE LA ANSIEDAD

Mientras escribo esto, puedo pensar en el cúmulo de tareas que a la vez pospongo. El teléfono colgado yace frente a mí, inerte; la puerta cerrada parece alejarme del mundo; pero veo venir una avalancha de compromisos y encargos pendientes que me apremian, que me llaman sin cesar...

La vida cotidiana sujeta a plazos perentorios, que exigen respuestas con urgencia. Hemos abjurado del tiempo para escuchar, para sopesar las palabras, para detenernos en la mirada del otro, para apreciar los detalles, los pliegues, los artilugios, la tonalidad o el brillo oscilante. Impelidos por

nuestros “quehaceres y deberes”, pasamos por alto el momento y la compañía. Apuramos el paso, el desayuno, la conversación, el baño, el pensamiento.

La comunicación visual y escrita, que antaño obligaba a una cierta espera, que nos preparaba para la noticia y quizá nos permitía saborearla en ese hiato de anticipación, se ha perdido. Internet, extraordinaria herramienta informativa, nos ha robado la cadencia. El celular, ese medio omnipresente que está en la mano de todos y de nadie, se ha adueñado de nuestra convivencia. La televisión nos duerme con su resplandor ubicuo, y nos despierta, nos acompaña para cenar o en los espacios públicos, corrompiendo la espera. Hablamos poco, nos miramos menos y nos tocamos sin sentirnos.

“Me urge”, “te marco enseguida”, “mándamelo de inmediato”... son frases que refrendan esa negación para vivir a destiempo. Lo trágico es que, al aceptar esta condición de esclavos de lo inaplazable, hemos cedido nuestro espacio psíquico a la impulsividad y al desenfreno. Ahogarse en el trabajo, comer con glotonería, beber sin reservas, ejercitarse obsesivamente, doparse hasta la abulia. Optamos por lo inmediato, preferimos lo estridente y lo que rasga la superficie, aquello que brinda goce y no placer. Es preferible tomar psicofármacos, aunque nos anestésien el ánimo, a tramitar el dolor y la incertidumbre con un psicoanalista en un viaje improbable y azaroso: Sísifo a cambio de Ulises, ¡qué pobre negociación!

En la consulta de primer contacto se ven cada día más enfermos del alma que individuos afectados orgánicamente. No debe sorprendernos: el frenesí de las ciudades contemporáneas obliga a acelerar sin saber por qué, ganar la carrera sin meta alguna, disputar cada espacio, cada brecha. Ante tal situación generalizada, la ansiedad, la depresión y la paranoia encuentran terreno fértil. Como muestran numerosas estadísticas, su incidencia ha aumentado desmesuradamente en las comunidades urbanas (sugiero consultar estas evidencias en <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/statistics/index.shtml>).

Podemos inferir que la falta de apego y de paciencia —que, por cierto, revelan la incapacidad de tolerarse a sí mismo—, se erigen como malestares psíquicos o somáticos, de acuerdo con la tramitación individual que cada uno damos a nuestras tempestades. Los pacientes acuden desconsolados, irritados, afligidos por un semejante que no los contiene o que los rechaza. Describen escenarios comunes: trastornos del afecto, entrega ciega al trabajo, sensación de cuerpo extraño, descargas autonómicas (palpitaciones, colon irritable, sudoración, mareos intermitentes,

Los avatares del desarrollo

El arte de atender enfermos se desdobra con notoria versatilidad ante las diferentes etapas de la vida. Parece obvio, pero el padecimiento que sacude a un adolescente tiene poco que ver con la delicada puesta en escena de un anciano, aunque relacionen síntomas análogos. Este capítulo refleja la inconstancia del encuentro clínico *vis à vis* con las inquietudes físicas y emocionales que surcan nuestros diversos momentos existenciales. Reflexiono aquí acerca de la maternidad, la diada infantil, la sacudida del erotismo, el envejecimiento y la claudicación orgánica que antecede a nuestro deceso sin un orden secuencial, más bien trazado por la empatía. He aprendido a escuchar cada discurso con una tonalidad inequívoca, porque el dolor es tan subjetivo como el momento vital que lo atestigua.

LA DISYUNTIVA MATERNA

A medida que las mujeres han ganado cierto espacio social y profesional, estamos viendo embarazos más tardíos. Hace dos décadas era excepcional escuchar que una mujer intentaba embarazarse por primera vez después de los 35 años, mientras que hoy es un lugar común. Las ventajas obvias de mayor estabilidad familiar y económica, un nido mejor pertrechado, digamos, se ven confrontadas con los riesgos para la madre y su hijo.

Empecemos por las preocupaciones acerca del riesgo genético. Las anomalías cromosómicas ocurren en uno de cada 160 nacimientos. De éstas, excluyendo las vinculadas con los cromosomas sexuales X o Y, la mayoría son alteraciones numéricas de los cromosomas 13, 18 y 21. Los dos primeros son casi incompatibles con la vida (menos de 10% de los nacidos con estos defectos pasa del primer año de edad). Las trisomías autonómicas ocurren como error de separación durante la meiosis materna, de modo que dos copias de un mismo cromosoma ocupan un ovocito. Al ser fecundado, se suma el cromosoma proveniente del espermatozoide y

se produce la trisomía. Por razones históricas, se consideraba que el riesgo genético aumenta después de los 35 años, atribuido al envejecimiento ovárico o a complicaciones obstétricas. Pero el corte de monitoreo genético sólo basado en la edad es equívoco, porque la mayoría de los casos de Síndrome de Down (trisomía 21) ocurren antes de esa edad. El criterio actual se basa en la verificación de marcadores bioquímicos, combinada con ultrasonido de alta resolución en el primer y segundo trimestres del embarazo, sin reparar en la edad materna.

La trisomía 21 se asocia típicamente con niveles altos de inhibina A y de gonadotropina coriónica humana (hCG), apareados con bajos títulos de alfa-fetoproteína y estriol libre (lo que se denomina el “cuádruple marcador”). De forma análoga, la trisomía 18, también conocida como Síndrome de Edwards, muestra bajos niveles de los tres últimos marcadores. El momento ideal para practicar este tamizaje es entre las 15 y 22 semanas de gestación. Además, el aumento de líquido en la parte posterior del cuello del feto (designado como translucencia nugal), mediante ultrasonido del primer trimestre, indica anormalidades cromosómicas hasta en 77 por ciento de los casos. Este defecto ecográfico predice las trisomías mencionadas tanto como el Síndrome de Turner (genotipo 45 XO; es decir, ausencia genética de cromosoma Y u otro X).

Por otro lado, están los tumores dependientes de estrógenos, que complican la planeación de un embarazo y que deben ser extirpados para hacerlo viable. Los miomas uterinos son las neoplasias benignas más frecuentes en mujeres premenopáusicas. Se pueden diagnosticar en 10 o 15 por ciento de mujeres en edad fértil, cifra que se ve multiplicada exponencialmente durante el climaterio. Los leiomiomas uterinos son formaciones compuestas de músculo liso, matriz extracelular, fibronectina y proteoglicanos.

No se sabe bien qué origina estos tumores, pero se conoce que son dependientes de estrógenos, progesterona y algunos factores de crecimiento celular. A medida que crecen, estos fibroides engrosan la pared uterina y estimulan al endometrio para acumularse sobre tal espesor muscular. Pese a ser lesiones benignas, causan muchos síntomas funcionales: sangrado vaginal excesivo, trastornos urinarios, dolor pélvico y dispareunia. Estas molestias obligan a la paciente a recurrir a la histerectomía, un procedimiento quirúrgico costoso y que a veces, cuando se propone prematuramente, interfiere con la maternidad. En tal situación, muchas mujeres jóvenes prefieren someterse a una miomectomía, o extirpación del fibroadenoma, antes que sacrificar su deseo de tener hijos.