

117218
W. Adol.

EL CUERPO Y LA CORPORALIDAD

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIA
DIRIGIDA POR JUAN JOSÉ LÓPEZ IBOR

J. J. LÓPEZ IBOR y J. J. LÓPEZ-IBOR ALIÑO

Catedrático de Psiquiatría
Universidad de Madrid

Catedrático de Psiquiatría
Universidad de Salamanca

EL CUERPO Y LA CORPORALIDAD

NO VENAL



EDITORIAL GREDOS
M A D R I D

© J. J. LÓPEZ IBOR y J. J. LÓPEZ-IBOR ALIÑO, 1974.

EDITORIAL GREDOS, S. A.

Sánchez Pacheco, 81, Madrid, España.

Depósito Legal: M. 19915 - 1974.

ISBN 84-249-2445-2. Rústica.

Gráficas Cóndor, S. A., Sánchez Pacheco, 81, Madrid, 1974. — 4249.

PRÓLOGO

ENTRE SCYLLA Y CHARYBDIS

Se habla mucho de patología psicosomática y muchos no se dan cuenta de la transformación que ha sufrido. La propia designación, de raíz cartesiana, resulta tan desintegradora que ya empieza a sonarnos como expresión de la misma insuficiencia que pretendía superar. La medicina psicosomática ha querido cultivar «la otra vertiente» de la actividad del médico, como si éste se ocupara sólo del cuerpo y dejara fuera de su campo de acción la vida psíquica. Por algún tiempo pareció que los avances de la medicina psicosomática justificaban esta actitud. Sin embargo, en los últimos años el panorama ha cambiado.

El origen de la patología psicosomática está ligado al psicoanálisis. No es raro que las doctrinas de Freud, que se pueden aplicar a las actividades más dispares del ser humano, pretendieran tener algo que decir sobre la medicina somática, especialmente sobre aquellas enfermedades crónicas, ligadas íntimamente a la biografía del sujeto, para las que no existían hipótesis etiológicas ni tratamientos eficaces. Ésta es la corriente que, impulsada por el espejismo de la reacción de conversión en sus diversas modalidades, se cultivó con preferencia al otro lado del Atlántico, la que conoció su auge en la Escuela de Chicago y el comienzo de su declinar en Engel. Es la dirección

que más se ha difundido y que aún perdurará por la inercia de las doctrinas.

Hoy día la medicina y la psiquiatría tienen una mutua relación muy diferente a la que tuvieron antes de la Segunda Guerra Mundial. El psiquiatra ya no se refugia en los grandes establecimientos en la periferia de las ciudades, ni en la intimidad secreta de su despacho de psicoanalista. Los departamentos de psiquiatría en los hospitales generales, y el propio avance de la medicina hospitalaria, han dado lugar a un modo más ecléctico y pragmático de ejercer la profesión del que no escapamos los psiquiatras. Hoy día constituye una excepción el enfermo que es visto por un sólo especialista dentro del hospital. Las consultas son la regla, y el hecho de tener un equipo de psiquiatría disponible provoca la petición de su opinión en un número creciente de casos. El psiquiatra se ve así obligado a dar informes que puedan competir con los de sus colegas en claridad, veracidad y sentido clínico, y proponer un tratamiento que probablemente no va él a llevar a cabo, de un modo exclusivo, en todos los casos.

Existe en la medicina psicosomática un peligro de abuso, que va implícito en su nombre. Es el de querer sustituir la patología del cuerpo por la exclusiva dinámica inconsciente. El término psicosomático no resuelve el dilema, no ilumina la ruta incierta entre el Scylla del cuerpo y el Charybdis de la psique. Sin embargo existen otros derroteros que nos parecen hoy más seguros y fructíferos. La profundización en el estudio de la clínica psiquiátrica de las psicosis (no ya de las neurosis como el psicoanálisis y la medicina psicosomática en sus albores), dedicando mayor atención a las depresiones, ha permitido divisar el campo de la patología psicosomática desde otra perspectiva. El conocimiento que hoy tenemos sobre el papel del fondo endotímico en la dinámica de las neu-

rosis¹, y el vastísimo campo de los «equivalentes depresivos o afectivos»² supone la apertura de nuevos caminos en la medicina psicosomática, que prometen ser fructíferos.

El libro presente es un intento de volver a la unidad inicial, a aquella que nunca debió romperse y menos cristalizar en el término psicosomático. Pretende tomar otro camino, que podría calificarse de holístico, o mejor aún antropológico, y que por estar más en contacto con la realidad deja menos lugar a especulaciones. Ya no será posible hablar de reacción de conversión, porque no sabemos qué es lo que se convierte en qué, o en qué se diferencia ese proceso patológico de aquel más trivial de la transformación de un pensamiento en un movimiento voluntario³. La energía eléctrica activa el filamento de una bombilla y se convierte en energía lumínica. ¿Pero, qué es lo que activa el pensamiento? La energía eléctrica existe desde que el Padre Eterno creó el sol y las estrellas, mucho antes de que Edison la hiciera atravesar un hilito de carbón en el vacío, pero ¿ha existido alguna vez un pensamiento⁴ fuera de un hombre, capaz de seguir siendo hombre en el resto de sus actividades? Se hace más necesario mantener en nuestra perspectiva la unidad de los fenómenos humanos e intentar, en la medida de lo posible, superar las insuficiencias de la metodología cartesiana.

LOS AUTORES

¹ Véase López Ibor, J. J., *La angustia vital*, Madrid, Paz Montalvo, 1950 (reimpresión, 1970) y López Ibor, J. J., *Las neurosis como enfermedades del ánimo*, Madrid, Gredos, 1966.

² Véase, además de las obras citadas más arriba, López-Ibor Aliño, J. J., *Los equivalentes depresivos*, Madrid, Paz Montalvo, 1972.

³ Nemiah, J. C., *Conversion Reaction*, en *Comprehensive Psychiatry* (eds., A. M. Freedman y H. I. Kaplan), pág. 870, Baltimore, William Wilkins, 1967.

⁴ Véase la parte tercera de este libro.

PRIMERA PARTE



LÁMINA 1. EL ANDRÓGINO HERMÉTICO

En la mayor parte de las representaciones pictóricas del andrógino, la mitad derecha corresponde al elemento masculino y la izquierda al femenino.

A Socorro.

I

LA EXPERIENCIA DE LA CORPORALIDAD

1. CUERPO Y CORPORALIDAD

El idioma alemán distingue entre *Körper*, como objeto o mejor *realidad objetiva*, y *Leib*, como *realidad vivida o vivenciada*. De nuestro cuerpo tenemos, sin duda, un doble conocimiento. «Lo conocemos, en efecto, por fuera como el árbol, el cisne y la estrella, pero además, cada cual percibe su cuerpo desde dentro, tiene de él un aspecto o vista interior.» Estos dos modos de conocer el cuerpo se expresan muy bien en alemán con dos palabras distintas, como hemos visto. No tan bien en español. Ortega, de quien proceden las frases entrecomilladas anteriormente, llamaba al primero *extracuerpo* y al segundo *intracuerpo*. «¿No merecería la pena analizar, describir con alguna minucia, cómo es para cada cual su cuerpo, visto por dentro, cuál es el paisaje interno que ofrece? El intracuerpo no tiene color, ni forma bien definida como el extracuerpo; no es, en efecto, un objeto visual. En cambio está constituido por sensaciones de movimiento o táctiles de las vísceras y de los músculos, por la impresión de las dilataciones y contracciones de los vasos por las

menudas percepciones del curso de la sangre en las venas y arterias, por las sensaciones de dolor y de placer, etc., etc.»¹.

Quizá no sea demasiado exacta la correspondencia entre *Körper* y extracuerpo, de una parte, y *Leib* e intracuerpo, de otra, a no ser que se abandonara, en estos neologismos, su matiz significativo demasiado geométrico y espacial. El intracuerpo sería así, no tanto el cuerpo visto por dentro, como el cuerpo vivido desde dentro. Y aun así no basta. El intracuerpo es la atmósfera corporal del yo y ésta se halla constituida por esa nueva especie de realidad que son *los actos psíquicos*. El extracuerpo es, pues, una realidad física en su anatomía y en su fisiología. Pero el intracuerpo tiene, además, otra forma de existencia que es, por un lado, pática y, por otro, intencional. No es un puro instrumento del yo, *sino el yo convertido en instrumento de sí mismo*, para desplegar su acción en el mundo y para descubrir su intimidad.

En el uso científico se está introduciendo la utilización de los términos *cuerpo* y *corporalidad*. El cuerpo es el que estudia el anatómico o el fisiólogo. La corporalidad es la experiencia vivida, la del cuerpo como realidad fenomenológica. Está constituida por las manifestaciones del hombre, tal y como aparecen en la vida misma. La vida humana esá siempre ligada al ser corporal del hombre. En los últimos tiempos se han hecho estudios muy detenidos sobre este aspecto corporal del ser humano (Plessner, G. Marcel, Plügge, V. von Weizsäcker, Zutt, Merleau-Ponty, Sartre, Buytendijk, Lorscheid, etc.). A Scheler debemos el análisis fenomenológico más claro de este problema de la corporalidad, que es un problema central en la antropología contemporánea. Tras de tantos

¹ J. Ortega y Gasset, *o. c.*, 7-2, pág. 448.

trabajos de los autores citados, no puede afirmarse que los puntos de vista de Max Scheler hayan sido superados desde el punto de vista filosófico. Scheler fue un pensador lleno de intuiciones geniales. Por eso formuló muchas veces de un modo insuficiente su pensamiento. Pero aparte de los desarrollos del mismo, que se pueden lograr por vía filosófica, quisiera plantear, por mi parte, hasta qué punto una experiencia concreta, esa que constituye el campo de la enfermedad, es capaz de aportar nuevas luces sobre el problema del cuerpo humano. En cualquier caso las dificultades de la cuestión aparecen claras en cuanto se advierte que no se limitan a distintos aspectos de un problema real y concreto, sino a nuevos puntos de vista, que son de calidad distinta. Así lo demuestra de modo especialmente plástico la estructura de las neurosis, y la sintomatología de ciertas lesiones cerebrales.

Cuando el médico pasa visita en el hospital o en la consulta, pregunta al enfermo: «¿Qué le pasa a Vd.? ¿Cómo se encuentra Vd.?» La primera pregunta inquiriere sobre la enfermedad como suceso o acontecimiento: la enfermedad es algo que acaece o sobreviene. En la segunda pregunta aparece el tema de la enfermedad como sufrimiento, como malestar. Las fronteras de la enfermedad son muy difíciles de definir objetivamente. Desde este punto de vista puede establecerse un tránsito gradual entre salud y enfermedad. Pero a la definición de las fronteras de la enfermedad contribuyen, indudablemente, los aspectos subjetivos de la misma. La enfermedad tiene unos síntomas subjetivos, mediante los cuales *se revela* como tal al enfermo y cuyo estudio depurado debe hacer el médico, porque así descubre la estructura personal de la misma. Krehl hablaba de «forma de enfermedad y personalidad» y Von Weizsäcker eligió como tema fundamen-

tal de su vida científica la introducción del «sujeto» en la biología y en la medicina.

2. EL ENFERMO-PROBLEMA

Se ha hablado mucho del enfermo-problema, que no es aquel que presenta solamente dificultades diagnósticas o terapéuticas, sino aquel en el que aparece una disparidad entre sus síntomas objetivos y subjetivos. En la mayoría de los casos, los resultados objetivos de la exploración son negativos y, sin embargo, *él se siente enfermo*. Un médico que se sometiese estrictamente a los principios científico-naturales de la medicina tendría que negar muchas veces la realidad de la enfermedad, ante la disparidad entre los «hallazgos» y el cómo se encuentra a sí mismo el paciente. Pero esto no es así. El enfermo sin hallazgos objetivos, *se encuentra enfermo y es dado por enfermo*. Está enfermo, a los ojos del médico actual.

El médico también valora, diagnostica, pronostica y trata este «hallarse enfermo». De ahí la pregunta «¿cómo se encuentra Vd.?» En este «encontrarse» amanece la primera dialéctica interna de la enfermedad, la que se establece entre el «yo» y el «yo corporal» o «corporalidad». La salud se manifiesta por la ausencia de síntomas, por el silencio corporal. Y además del silencio corporal, que sería una nota negativa, existe, indudablemente, un sentimiento positivo de salud, del cual una forma acentuada es la euforia que, si crece con desmesura, es patológica. En los cuadros hipertímicos, por ejemplo, existe una euforia de fondo. También aparece un sentimiento de bienestar corporal en muchas otras ocasiones, incluso tras el cese de un malestar corporal. Por el contrario, en la enfermedad la euforia se anula, la distancia entre el yo y

el yo corporal decrece, del mismo modo que en la experiencia del éxtasis se borran los confines entre la experiencia del yo y la del mundo.

Sartre habla del «dolor puro» como de una experiencia de carácter singular. «Estoy en un sillón leyendo. La lectura me interesa tanto que me olvido de todo lo que me rodea. Después de algún tiempo parece que me invade un malestar, sin que apenas me dé cuenta. Sólo cuando el malestar es más fuerte y me obliga a interrumpir la lectura, es cuando me doy cuenta de que me duele la cabeza. Hasta entonces, era como un dolor no intencional, amorfo, «vivido».

Este trasfondo de malestar que, sólo en un momento determinado se vive de un modo concreto, localizado, es extraordinariamente frecuente. En estos casos hay un momento de cristalización de la experiencia, aquel en el que el enfermo *se da cuenta* de lo que tiene. Pero existe otro anterior, en el que el *estar* se está transformando en *malestar*. Es algo análogo a lo que ocurre con los traumas neuróticos. Se atribuye un papel prevalente a un suceso determinado. El suceso no ha hecho más que *revelar*, hacer que el enfermo se dé cuenta de una invasión sorda de malestar vital, que no había alcanzado el nivel de la conciencia. Que el enfermo *atribuya* al trauma un papel genético resulta justificado, puesto que el enfermo siempre quisiera saber por qué le ocurre esto. Pero nuestro deber de científicos es penetrar más en las entrañas del malestar o «disestar» del enfermo, y no dejarnos engañar por las falsas apariencias que lo enmascaran.

3. EL ESQUEMA CORPORAL

La neurología actual adolece del grave defecto de recurrir a interpretaciones psicológicas que, además de periclitadas, resultan erróneas. Cuando se defiende demasiado apasionadamente la independencia de la neurología como rama del saber médico, se olvida, frecuentemente, el gran condominio que tiene con los problemas psicopatológicos, es decir, psiquiátricos. Nada más urgente que renovar el trasfondo doctrinal de las afasias, agnosias, apraxias, o sea, buena parte de la patología cerebral. Bergson lo intentó hace muchos años. Desde Bergson hasta ahora, apenas han aparecido otros intentos con análoga ambición, exceptuando algunos como los de la escuela de Goldstein, desgraciadamente fallidos en gran parte, y la verdad es que tal intento es cada día más necesario.

La noción de «sensación» que suelen manejar los neurólogos es insuficiente, por demasiado clásica. Supone la existencia de una distinción tajante entre el órgano excitado y el excitante. El proceso en el conocimiento se supone que ha de partir, de un lado, del análisis neurofisiológico fino del órgano sensorial. De otro, del análisis de los estímulos que producen la sensación. Así el problema queda reducido al impacto del estímulo físico-químico sobre la terminación nerviosa. Es cierto que todos estos análisis han enriquecido nuestros conocimientos. Pero ¿dónde queda la sensación? ¿Cuándo aquel impacto ondulatorio se convierte en esa cualidad que llamamos rojo?

La busca de la objetividad ha llevado a un desprecio de la subjetividad. Como si la ciencia terminase allí. La ciencia —una *determinada* ciencia— puede trazar en esa

línea sus fronteras, pero debe saber cuán graves problemas se le escapan. Por otra parte, tampoco existe una subjetividad *pura*. El rojo, como fenómeno subjetivo, es habitualmente un mito o idea. Cuando *vemos* el rojo, es siempre como cualidad inherente a un objeto. Lo importante es, pues, la relación que se establece entre la conciencia del sujeto y el mundo que le rodea. Pues bien, esta relación siempre se establece a través de nuestro cuerpo.

4. ESQUEMA CORPORAL E INTENCIONALIDAD

Oppenheim fue el primero en llamar la atención sobre el hecho de que cuando se producen, simultáneamente, dos estímulos simétricos, en dos partes distintas del cuerpo, una de las sensaciones se extingue y, en cambio, la otra se hace prevalente. Hémon puso de manifiesto otro fenómeno singular, que ocurre en los amputados, portadores de un miembro fantasma. Un estímulo sobre la región del miembro sano, correspondiente al punto simétrico de aquel en el que la sensación del miembro fantasma es más viva, basta para borrar la sensación del miembro fantasma. Es otra manifestación del mismo fenómeno de la «extinción».

Head, Holmes y Riddoch descubrieron que una doble excitación luminosa puede no ser percibida más que en un hemicampo visual, cuando el aparato óptico está lesionado de un solo lado, pero la lesión no es suficientemente intensa para provocar, por sí sola, una hemianopsia. Se trataría, pues, de una «hemianopsia de situación», es decir, condicionada por una situación determinada, monovalente y no omnivalente. En algún caso, tal hemianopsia relativa o de situación es capaz de provocar —en ciertas

lesiones parieto-occipitales— una extinción de las sensaciones táctiles en la mitad hemilateral del cuerpo.

Cuando se trata de interpretar estos fenómenos se acude al mecanismo de la *inatención* (Critchley). Pero la explicación por la apelación a una función psicológica, tan vaga como la atención, resulta insatisfactoria. *El hecho es que el enfermo no presta atención a la sensación extinguida u oscurecida porque no puede.* Un enfermo de Critchley decía: «La sensación más fuerte distrae de mí la facultad de poder experimentar una segunda. Me parece que no puedo prestar atención a mi lado izquierdo cuando el derecho se halla excitado».

Esto ocurre también en el sujeto normal. Hace algún tiempo emprendí una serie de experimentos para demostrar, cómo no se pueden oír dos estímulos sonoros iguales, simultáneamente, por los dos oídos. Por ejemplo, dos aparatos de radio iguales, recogiendo la misma emisión y situados simétricamente, con respecto al observador. El sujeto oye *distintamente* uno u otro de los dos. Es imposible oír los dos al mismo tiempo. La puntualidad del acto psíquico se proyecta sobre la percepción sensorial.

La percepción de una sensación es una función que tiene los caracteres de toda función psíquica: *su intencionalidad*². En el campo abierto de la conciencia, campo abierto por lo demás, las percepciones no se hallan situadas en un plano uniforme, sino que existen unas *privilegiadas* a las que se dirige la actividad del sujeto. Lo que no afecta a la zona privilegiada queda en la penumbra. El fenómeno, pues, de extinción pertenece al sujeto normal; sólo que, en estos enfermos, se halla más acentuado y, por consiguiente, resulta anormalmente patente.

² Brentano diferenció los actos físicos de los psíquicos porque en éstos se da un cierto *contenido* y una cierta *intencionalidad*.

Varias experiencias nos permitirán esclarecer más en qué consiste esta vivencia de la corporalidad. Ross ha realizado algunos experimentos sobre la percepción de la propia cara, cuando ambos ojos están desviados extremadamente. Si la cara gira a un lado se tiene la impresión de que la cara está mirando efectivamente hacia un lado, pero se siente aplanada. Más claro es el resultado de la experiencia realizada como yo la propongo: mirándose la cara en el espejo, en posición de giro extremo de la misma. La explicación de Ross no es satisfactoria. Él piensa que el organismo trata de mantener la misma relación entre cara y cuerpo. A mi modo de ver los hechos ocurren de la siguiente manera: la mirada *fija* en la propia imagen es, por así decirlo, el principio rector de la percepción de la corporalidad. De ahí que la perspectiva en que se ofrece esté dominada por este principio rector y pueda hacer anular la percepción interna. Es decir, la que nos daría la imagen cenestésica de la cara. Y ésta, sólo se ve planificada, como nos la ofrece la propia perspectiva visual.

La intencionalidad supone una tensión entre un centro activo y su periferia. Cuando miramos un objeto ¿no estamos, en cierta medida, en el objeto mismo? En las experiencias de relajación absoluta lo que se percibe es sólo la superficie en la cual estamos apoyados. Es decir, la frontera en la que la actividad perceptiva se condensa, porque encuentra un obstáculo.

Otra experiencia: con los ojos cerrados, se trata de percibir la presencia corporal de la mano apoyada sobre la mesa. La zona de condensación perceptiva se establece en los puntos de apoyo. Aplico ahora un libro sobre el dorso de la mano. La franja perceptible se traslada a los puntos en que apoyo el libro. Aún más: *donde se traslada es al libro mismo*. Si invierto la mano y sostengo el

libro, la presencia de la sensación de la mano es más nítida. ¿Por qué? Porque en él hay más coeficiente de intencionalidad, que en el acto de apoyar el libro en el dorso.

Lo mismo ocurre en el campo motor. El esquema corporal se halla ligado, en una u otra forma, a la motilidad real o virtual y tiene también carácter intencional. *En situación de reposo absoluto percibimos de nuestro esquema corporal aquellas partes a las que se dirige nuestra actividad psíquica, o aquellas otras partes en actividad que contactan con el mundo exterior.* En reposo y en actitud yacente, el esquema corporal percibido, o sea la vivencia de nuestra corporalidad, está constituido, fundamentalmente, por los puntos en que nuestro cuerpo se apoya o sobre una superficie que lo sostiene. A este esquema vivenciado puede agregarse la proyección de un esquema mnésico, constituido, por ejemplo, por el recuerdo de nuestras experiencias visuales. Si en lugar de sentir el cuerpo en reposo lo sentimos en movimiento, el esquema de la corporalidad vivenciada se halla en aquella parte *del cuerpo que movemos más intencionalmente.* Si andamos y estamos hablando es en esta segunda acción donde se concentra nuestro esquema corporal.

5. EL CUERPO COMO PRESENCIA

Desde Brentano se ha querido distinguir lo psíquico de lo físico por esta nota significativa de la intencionalidad. Su raíz etimológica viene del latín «tendere», del indogermánico «tend», en griego «tonos» (τόνος), equivalente a tensión, tono, tendencia. La tensión se establece entre un centro y un punto posible en la periferia. En esta tensión se halla implícita la sensación de que existimos. El «pienso, luego existo» de Descartes alude a esta ten-

sión en el pensamiento. Así como la afirmación de la filosofía existencial del «yo existo» alude a la tensión de las capas tímicas del ser.

Ahora bien, la tensión o la intencionalidad existe en la corporalidad. *La corporalidad humana, el hombre en posesión de su cuerpo, tiene un carácter intencional.* Por eso la imagen corporal resulta derivada de esa misma nota, evidente y primaria, de la intencionalidad. Pero, la llamada imagen corporal, no es más que una impresión de *presencia*, que se mantiene fluida, vaga e indefinida, presta a verterse por los canales más o mano, por así decirlo. P. Schilder habla de que nuestra imagen es algo *hueco y vacío*. No es una abstracción, ni siquiera una imagen. Por mi parte, preferiría decir, que *es una experiencia de presencia* (por no decir una sensación de presencia).

Tal presencia, no se localiza en ninguna parte y puede localizarse en todas; su localización depende de la dirección que tome nuestra actividad psíquica. Este es el gran principio rector de la experiencia. A veces se dice que *depende de nuestra atención*. Pero esta palabra podría ser válida, con tal de que tuviese un significado más específico y concreto en el vocabulario psicológico, por lo que preferimos llamarla *intencionalidad*. La mal llamada «imagen corporal» depende de *nuestra intencionalidad*.

La intencionalidad de los actos psíquicos es condición derivada de la intencionalidad del cuerpo humano vivo. En él se halla inscrita tal intencionalidad. La diferencia entre el hemisferio cerebral derecho y el izquierdo, responde a este mismo principio. Si ambos fuesen iguales o, mejor aún, equivalentes, *no habría derecha e izquierda*. Sin tal asimetría no habría posible ejecución intencional de los actos psíquicos. La morfología del extracuerpo hay que redescubrirla a la luz de estos principios. En él existen zonas neutras, vivencialmente silenciosas, como pasa

en muchos órganos internos. Son órganos sin valencias psíquicas. Pero donde no existen valencias psíquicas, aparece la intencionalidad y la asimetría en las funciones corporales correspondientes.

6. PERIFERIA Y CENTRO

Si la imagen del cuerpo es algo inmediato, que surge y se percibe en contacto con la experiencia del propio yo ¿es que la periferia no tiene ninguna participación en ella? ¿Es que la imagen corporal es algo engendrado sólo centralmente, aunque dejemos la palabra central, como una referencia todavía indefinida?

La periferia, interviene, pero no como se había pensado. El miembro fantasma, acompañado de sensaciones dolorosas, no desaparece por la anestesia del muñón, ni por la sección de las vías periféricas o medulares de la conducción. Inversamente, la hemiasomatognosia puede desaparecer, aunque los trastornos sensitivos permanezcan. La imagen del cuerpo —insisto en esta observación— no es una síntesis, una integración, sino «una presencia» de percepción inmediata.

Ahora bien, el miembro fantasma se acorta más en los casos en los que la amputación de la pierna es bilateral, que en los que es unilateral. El miembro sano influye, con su presencia, en el tamaño del miembro fantasma. En los casos de paraplejía, acompañados de «miembro fantasma», diversos autores han hecho una observación muy curiosa (Christian y otros). El miembro fantasma está pegado al tronco, de un modo distinto a como lo están las piernas reales. Tiene algo de rígido, de mecánico, como las piernas de las marionetas. En las piernas de las marionetas, las leyes físicas que sirven para sostener al cuer-

po son otras que las habituales del hombre sano. Aquellas están sostenidas y mandadas, como si dijéramos, desde arriba. El miembro fantasma es como un *proyecto*, diría yo. *Un proyecto de movimiento sensorializado*. Esta expresión no es, quizás, correcta, *pero sí plástica*. Lo que hace la periferia es contribuir a la constitución de la realidad.

La percepción se ha interpretado como resultado de las impresiones sensoriales de las que nos damos cuenta. El rayo de luz llega a la retina, pero la percepción de lo que vemos sólo es posible por la interacción del impulso que surge del interior y de lo que viene de fuera. *Toda percepción es un encuentro*. Y yo diría aún más: *un encuentro creador*. La percepción completa no existe, ni dentro ni fuera, sino en la misma conjunción creadora. El llamado «esquema corporal» es el resultado del encuentro de la actividad del yo, anclada en la corporalidad. Y es más: ocurre, precisamente, merced a que de esa actividad del yo se halla empapada la corporalidad. A este esquema podríamos llamarle «extracuerpo» en el sentido de Ortega. Ya se ve, por lo que acabo de decir, que no hay que tomar la expresión demasiado literalmente, porque no se trata del cuerpo visto desde fuera, *sino del cuerpo en cuanto instrumento de ciertos contactos con el mundo exterior*.

Por lo que respecta a la imagen corporal, ¿qué nos enseña la clínica? En primer lugar que, tanto en la sensación del miembro fantasma, cuando el miembro real está ausente, como la misma presencia del miembro, o como en la experiencia de la heautoscopia, etc., siempre se trata de *sensación de presencia*. Lo mismo ocurre, aunque con signo contrario, en los casos de *anosognosia*: se trata de *una ausencia* o de un «no ser tomado en cuenta».

En este análisis hemos adquirido ya tres notas fundamentales que nos servirán muy eficazmente, para la interpretación de los hechos patológicos.

a) *La primera es que la llamada «imagen corporal» es una pura experiencia del existir mismo.* — En el *Da-sein* de la filosofía de Heidegger, en el *Da* se implica esa experiencia. Muchas veces se ha querido decir que el *Da* es la circunstancia como decía Ortega. El *Da*, o sea, el «ahí» de nuestra existencia, alude a la presencia de nuestro cuerpo. Es la presencia del cuerpo la que concede al existir su carácter *de realidad, su espacialidad y su temporalidad*. Sin el «ahí» de nuestra corporalidad, el existir sería un vagar de espectros.

b) *Tal experiencia es tensiva, intencional. Tiene un centro y una periferia.* — Se caracteriza por su movilidad. La tensión no puede girar en el vacío. En la percepción de la corporalidad debe dirigirse a algo. Ese «algo» depende de las circunstancias patológicas y psicológicas a las que se halle sujeto. La patología se caracteriza porque ese algo tiene carácter impositivo. El sujeto que tiene un dolor o cualquiera otra sensación patológica en su cuerpo, con dificultad puede barrerla del campo de su atención.

c) *Esta dinámica intencional de la percepción tiende a rebasar los límites de la propia corporalidad.* — En la vida cotidiana desaparece nuestra imagen corporal. Se dice, que ella está en el fondo. Se puede aceptar esa afirmación, si se quiere decir que es inconsciente. Lo que percibimos es la realidad exterior. Cuando la mano se apoya en el libro —según el ejemplo citado— o éste es cogido con la mano, no se percibe la mano, sino el mismo libro. (Principios de trascendencia y de proyección.)

Este desplazamiento fronterizo se encuentra alterado en la patología. He aquí un ejemplo curioso que he tenido ocasión de observar repetidas veces, el de los par-

kinsonianos: muchas veces, al atravesar el marco vacío de una puerta tienen dificultad y quedan detenidos. El estrechamiento virtual del espacio les aprisiona, como si realmente se estrechase el espacio físico. Es un curioso fenómeno que no suele citarse.

7. EL INTRACUERPO

La noción de esquema corporal en la neurología ha surgido, como he señalado al principio, a partir de las observaciones clínicas del miembro fantasma, de la anosognosia, etc., pero aludiendo a la presencia en nosotros de una especie de dibujo o de figura del cuerpo vista desde fuera. Tal noción olvida algo importante.

El olvido consiste en no intentar integrar la imagen corporal con la de la corporalidad interior. Es decir, lo que clásicamente llamamos *cenestesia*. Ortega lo llamó en un cierto sentido intracuerpo, o sea, el cuerpo visto por dentro, como ya dijimos antes. Claro es que nuestro cuerpo no es visto por dentro. Podemos ver un hígado o un riñón, pero eso no tiene nada que ver con la sensación interna de corporalidad, que no nos revela la presencia del hígado o del riñón, sino que tiene caracteres distintos.

La neurofisiología actual ha realizado grandes progresos en el estudio de la producción de estímulos y vías conductoras de las diversas sensibilidades. La traducción psicológica de tales conocimientos sería la siguiente: una lluvia de estímulos de nuestra corporalidad, procedentes de la periferia, son conducidos a los centros sensoriales. Y así se establece nuestra imagen corporal interior. Leibniz, en su correspondencia con Arnauld decía: «Es verdad que no nos apercibimos, distintamente, de todos los movi-

mientos de nuestro cuerpo, como por ejemplo, el de la linfa; mas para servirme de un ejemplo que ya he empleado, así como es necesario que yo tenga alguna percepción del movimiento de cada ola sobre la orilla, para poder percibir lo que resulta de la reunión de las olas, a saber, el gran ruido que se oye cerca del mar, de igual modo sentimos también algún resultado confuso de todos los movimientos que tienen lugar en nosotros. Mas estando acostumbrados a esos movimientos internos, no nos apercebimos de ellos distintamente y en forma reflexiva, sino cuando se produce una alteración considerable, como en el comienzo de las enfermedades. Y sería de desear que los médicos se aplicasen a distinguir, con más exactitud, esa clase de sensaciones confusas que tenemos en nuestro cuerpo».

Lo curioso es que esa suma de pequeñas percepciones, como en una prodigiosa operación matemática, *dé un resultado negativo*. El que percibe muchos sumandos con relieves plásticos diversos, es el enfermo *hipocondriaco*, como veremos más adelante. En el sano, la suma tiende a cero. Pero esta es una expresión inexacta, ya que tiende a uno. Efectivamente, de nuestro intracuerpo nos llega un mensaje con carácter inmediato, compacto, unitario, tan misterioso e inmediato como el que percibimos de nuestro yo. Nuestro yo corporal es una unidad de presencia dinámica. Sentimos nuestra corporalidad como algo de que disponemos y aplicamos a la acción. El mensaje que nos viene es el de *las realizaciones de la corporalidad*.

Intentemos averiguar cuál es nuestro *esquema corporal de hombre sano*. Hace años describí el fenómeno que propuse llamar «miembro fantasma negativo» y del que hablaré más adelante con detalle. Señalemos ahora tan sólo que el fenómeno se produce en las siguientes condi-

ciones: se coloca al sujeto en situación de reposo, tratando de lograr una relajación muscular máxima por medio de «entrenamiento autógeno a lo Schultz». En la fase previa, en la que sólo se busca una relajación generalizada, el sujeto tiene la sensación de que desaparecen sus miembros. Como si no tuviera piernas ni brazos. La ausencia fantasmal se rellena con la impresión de presencia del miembro cuando se concentra la atención sobre él.

Es difícil aprehender la imagen de nuestra corporalidad normal. En estos intentos se ve cuán falso es hablar de «esquema corporal». Porque, no se trata de un esquema que siempre recuerda una figura geométrica. No es nada definido y fijo, *sino algo móvil e impreciso en su precisión.*

En reposo tenemos la sensación de la postura. En movimiento, la de aquello que va a ser ejecutado. Lo mismo que se dice que el yo no existe más que en tanto *ejecuta su acción, nuestro cuerpo existe en tanto se realiza en el mundo.* El intracuerpo sólo en situaciones-límite empieza a enviarnos mensajes. El sano, cuando corre mucho, siente palpitar su corazón. Sólo el enfermo nota la sensación de presión de los sectores de su corporalidad enferma. La sintomatología subjetiva de las enfermedades consiste en esto. Pero no es ahora el momento de proseguir por este camino, sino de sacar una deducción para la crítica de la noción de «esquema corporal» que se utiliza en neurología. ¿No será también la imagen corporal una impresión primaria, no una síntesis, no una integración, sino algo anterior a la síntesis?

8. PUNTO DE VISTA ANTROPOLÓGICO

Desde el punto de vista antropológico, el primer problema que se plantea el análisis de la situación psicoso-

mática es el del intracuerpo. Tanto desde el punto de vista antropológico existencial como desde el fenomenológico, se han publicado excelentes trabajos en estos últimos años.

Pero, en la vida corriente, no estamos proponiéndonos siempre efectuar un análisis introspectivo del yo, sino que este centro dinámico y personal vive su propia actividad, en contacto con el mundo exterior. Este contacto se realiza, además, a través de un medio, que es *nuestro propio cuerpo*. El cuerpo, por una parte, pertenece al mundo exterior, al *mundo de las cosas u objetos* y, por otra parte, nos pertenece a nosotros mismos. Es curiosa la relación que nos liga a nuestro propio cuerpo. Cuando no pensamos en ella, la vivimos como si el conjunto cuerpo y experiencia psicológica, fuese un centro del que irradiase nuestra actividad. Esta es una experiencia indiscriminada, pero, vueltos hacia ella, pronto nos damos cuenta de su carácter dual. Éste se halla muy bien reflejado en las expresiones que Gabriel Marcel ha elegido para señalar la nota esencial de nuestra relación con el cuerpo: *somos* nuestro cuerpo y *tenemos* nuestro cuerpo. Por una parte nos sentimos unidos al cuerpo, en una situación *concéntrica* del yo y la corporalidad. Pero, por otra parte, sentimos la corporalidad *excéntrica* con respecto al yo. Y por eso la tenemos a mano, la objetivamos como las cosas del mundo exterior. Más adelante veremos cómo, además, el cuerpo nos sostiene. *A la unidad de la experiencia del yo psicológico corresponde una unidad de experiencia del yo corporal*. La experiencia cenestésica es, pues, *única* en este plano. La existencia de lo que llamó Scheler sentimientos vitales, con un carácter global, lo demuestra. Nos sentimos cansados o eufóricos *a la vez*, como una sensación *global* de la vivencia en la encarnación del espíritu en el cuerpo.

9. ACTIVIDAD DE LA EXPERIENCIA DEL YO

La experiencia del yo corporal no se ofrece como una noticia pasiva. Es un error creer que se trata de una especie de telegramas que va enviando cada órgano —¿y por qué no cada célula?— a un centro donde anida esa percepción del yo corporal que llamamos cenestesia. El mismo inciso que acabo de hacer, demuestra lo absurdo de la hipótesis. Porque, en realidad, la experiencia cenestésica no es posible, *a la vez*, como procedente de todas las terminaciones sensitivas que existen en el cuerpo, sino que *se establece con carácter selectivo*. De ahí que no sea una suma sino una experiencia global en bloque y primaria que, secundariamente, podrá ser analizada. Lo que ocurre es que se siente *proyectada* en territorios diversos, *según sea la actividad del sujeto*.

Estamos acostumbrados a pensar con esquemas equivocados y éstos nos inducen a error. El definir la relación del yo con el cuerpo, como concéntrica y excéntrica al mismo tiempo, nos conduce a operar con el esquema de un *yo puntual*. Sería una especie de sol del sistema corporal humano que irradiase desde allí sus energías y que recibiese de la periferia sus mensajes.

Esta idea es errónea. Tratemos de lograr una imagen de nuestro cuerpo en una experiencia de introspección como ya he señalado antes. Lo que aparece, lo que está presente, es la parte del mismo que se apoya en la cama y si nos ponemos de pie, se desplaza la experiencia de la corporalidad. No hablemos de experiencias patológicas. Allí donde pasa u ocurre algo, estamos en aquel momento. Allí se halla situada nuestra vivencia del yo. Y como el yo, psicológicamente, no es más que una experiencia, pode-

mos decir que allí está situado el yo. No es, pues, una vivencia que se distancia, sino que *se funde con la actividad momentánea*. Fuera de esta zona donde se proyecta el foco luminoso, reina la sombra.

Precisamente por esa actividad es por lo que, en todas las experiencias de despersonalización, existe esa nota de inapropiación. La actividad es lo que tiene *de mía* esa experiencia. Y si ésta se perturba, entonces ya no aparece tan mía (sensación de extrañeza). La actividad asume la impresión de que se produce y la incorpora al resto de la vida psíquica. El presente se enlaza con el recuerdo, con el pasado. De ahí la experiencia del «*déjà-vu*» cuando se perturba esa modalidad de asimilarse al presente.

10. ANATOMÍA DEL INTRACUERPO

El papel de la angustia en todas esas experiencias es evidente y esencial. Según he tratado de exponer en varias publicaciones anteriores, una forma de angustia consiste en *la experiencia de amenaza de la disolución del yo*. Esta disolución del yo puede realizarse en varios planos. Uno de ellos es el de su fusión en la corporalidad. En la experiencia angustiosa aguda, todos los planos se invaden rápidamente y lo que el sujeto siente es la pura angustia, sin saber por qué. Es decir, sin referirla a nada. Cuando la experiencia se despliega más lentamente, ofrece su anatomía interna y una de sus regiones topográficas se halla constituida por *la fusión del yo con su imagen corporal*. En la amenaza de la disolución del yo, esta imagen se enajena, se convierte en extraña. A veces, como totalidad. A veces, como parte. Depende de que el yo se sienta total o parcialmente amenazado. Por eso el enfermo dice: «Este cuerpo no es mío». Y al objetarle, modifica su ex-

presión y dice: «Como si no fuera mío». (Síndrome de Cotard.)

Yo no puedo tener mi cuerpo sin concederle esta o aquella significación. Es decir, *sin concederle sentido*. Pero, si es verdad que tenemos nuestro cuerpo y que, por tanto, al tenerlo, le concedemos un sentido en nuestra vida, *no lo es menos que el cuerpo nos tiene a nosotros*. Y esto quiere decir que limita las posibilidades que podemos concederle a nuestra vida.

La expresión de Gabriel Marcel: «somos nuestro cuerpo» y «tenemos nuestro cuerpo» habría que ampliarla así: «nuestro cuerpo, a su vez, nos tiene». De ahí deriva la *facticidad* de la vida humana. Nuestra envoltura corporal es, al mismo tiempo, posibilidad y prisión. De ahí su ambigüedad. De ahí también, su dialéctica entre realidad y posibilidad. La enfermedad es algo inherente a la vida humana, como es la muerte misma. La enfermedad es siempre limitación de posibilidades. *Conceder un sentido al cuerpo es concedérselo a la enfermedad*. Pero sentido corporal y sentido de la enfermedad no son caminos ilimitados, sino finitos. La misma finitud que tiene nuestra vida.

Nuestro cuerpo, en estado de salud, es el gran silencioso. Tampoco en estado de enfermedad nos revela su anatomía, al modo como se estudia en las salas de disección o en los quirófanos. Es en otra dirección como nos ofrece su autodisección, por así llamarla. A través de experiencias variadas, tales como el dolor, la angustia, el vértigo, etc., nos habla *otro* lenguaje. *La anatomía del extra-cuerpo es distinta a la anatomía del intracuerpo* y ésta no es menos importante que aquélla. Los signos de las enfermedades nos traducen nuevos aspectos de ese móvil anatómico que es nuestro cuerpo. Los síntomas de

las enfermedades, con frecuencia, sólo traducen la del intracuerpo. Su lenguaje es el sufrimiento.

La enfermedad es un proceso *objetivo* por una parte. *Sufrimiento* por otra. Ambas caras cuentan en la medicina. La medicina moderna ha vuelto a descubrir el valor del conocimiento del aspecto *pático* de las enfermedades. De ahí ha surgido la medicina de las neurosis y todo aquello que hoy se incluye en la exigencia de una *medicina antropológica*. Incluso no sería exagerado afirmar que toda la medicina, cualquiera que sea su especialidad, necesita este nuevo enfoque, sin abandonar naturalmente su camino propio, como ciencia natural.

II

LA CORPORALIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA GENÉTICO-CLÍNICO

1. CLÍNICA DEL ESQUEMA CORPORAL

Las alteraciones del esquema corporal ocupan un lugar destacado en la sintomatología de muchos enfermos. Una enferma dice que tiene la sensación de que los dientes se le alargan o de que los labios se le hinchan. En algunas mujeres, se presenta una sensación subjetiva especial de modificación del volumen del cuerpo, especialmente la cintura. Una enferma que conocí pretendía convencer a todo el mundo, incluso al médico, de que realmente esto había ocurrido, cuando, objetivamente, no se podía comprobar tal alteración. Cuando la sensación de aumento de volumen se presenta en un territorio circunscrito, hay que eliminar la presencia de un edema angioneurótico. Si se tiene presente que ambos fenómenos pueden tener un carácter paroxístico, se comprenderá que la diferencia es, a veces, difícil de establecer, si no logra el propio observador asistir a una crisis. Según mi observación, durante las crisis con alteraciones del esquema corporal, el enfermo se siente al mismo tiempo irritable e intemperante.

Frecuentes y características son las *parestesias* localizadas en partes diversas del cuerpo. Sobre la parestesia se establece a veces un verdadero prurito, muy atormentador para el enfermo, tanto más, cuanto que va acompañado de un componente ansioso. Las parestesias más frecuentes aparecen en las manos y en los pies. Y en forma de prurito, en el recto. Algunas parestesias bucales o bucolinguales pertenecen también a este síndrome.

He aquí un ejemplo típico de parestesia:

Enferma de 29 años, casada. Un día le apareció una picazón en la cara interna del muslo. Se le ponía la piel de gallina y empezaba un feroz prurito que descendía hacia abajo por las piernas y ascendía a la vulva. Al cabo de un rato le pasaba y la piel recuperaba su aspecto normal. Los dermatólogos consultados por la enferma no precisaron el diagnóstico. Alguno pensó en un origen alérgico. Una investigación con alérgenos no dio resultado. El prurito se presentaba en forma de fases. La primera fue en el año 40 y la segunda en el 49. Poco después de la primera fase del prurito apareció su primera crisis agorafóbica. El prurito desaparecía cuando cesaban las fases agorafóbicas.

Plügge ha hecho un análisis muy detenido de las parestesias. La parestesia es un síntoma al cual el neurólogo daba una explicación causal neurofisiológica. Pero, para el enfermo, adquiere un significado peculiar. El dedo o la mano están «como muertos». Las sensaciones parestésicas son como sensaciones agónicas —metafóricamente hablando— del dedo o de la mano. El poder tomar distancia de ellas es, como siempre vemos en todas las situaciones ansiosas, disminuir el *quantum* de angustia.

Las parestesias en las manos se ofrecen en varia distribución: una con límites definidos que abarcan el territorio cubital. Otra, que comprende sólo las puntas de los dedos. Cuando las parestesias se presentan en la mitad cubital de la mano o del brazo y van acompañadas

de sensación de ansiedad pueden simular una crisis de *angor pectoris*. El problema del diagnóstico diferencial es difícil. (Recuerdo un enfermo con parestesia cubital. Consultó con varios cardiólogos. No había otro síntoma que revelase su angina de pecho. Los exámenes electrocardiográficos eran negativos. El enfermo murió al cabo de un año de una crisis anginosa). Por regla general, en el neurótico, aparte de los accesos en los que se combinan ambos síntomas, lo más frecuente es que las parestesias sean más persistentes que la crisis de ansiedad. Además, existe una cierta versatilidad en su mayor o menor frecuencia. Las parestesias en las manos aparecen, a veces, como formas de transición con las *acroparestesias* de Schultze y Nothnagel. En las últimas hay, a veces, un factor espástico vascular. En las otras, no.

Las parestesias son también frecuentes en los pies. Los enfermos se quejan de sensaciones de frío paroxístico o persistente, pero siempre anómalo. Las *criestesias* pueden complicarse, generalizarse con otras *disestesias térmicas*. «Noto diferencia de temperatura en el cuerpo. De la cintura para arriba, caliente; de la cintura para abajo, frío». Es posible que en la génesis de estos fenómenos intervenga un factor periférico, pero la misma clínica nos enseña la intervención de factores centrales, dada la equivalencia de síntomas. Las *criestesias* se transforman en una verdadera alteración del esquema corporal, como en este ejemplo:

F. G. 32 años. Tiene una sensación de frialdad en la planta del pie izquierdo. En otras ocasiones, en la pierna derecha nota, por dentro, una sensación de calor. A veces tiene la sensación de que desaparece tal pierna, de que no la tiene.

2. PROYECCIÓN Y REACCIÓN SOMATOTRÓPICA ¹

En las enfermedades psicósomáticas existen trastornos de las regulaciones nerviosas de los órganos, por ejemplo, una taquicardia o una crisis cólica, etc.; pero íntimamente ligada a estos trastornos existe una alteración en la percepción de aquella parte del cuerpo o función. Partes, órganos o funciones del cuerpo son silenciosas. Sólo en caso de trastorno se hacen presentes a la conciencia. El paso de la inconsciencia a la conciencia en la génesis de las neurosis tiene lugar no sólo en lo que se refiere a los recuerdos reprimidos o a las pulsiones instintivas, sino a la presencia misma de la corporalidad. Si una parte del cuerpo se hace presente es porque ha ocurrido una escisión. El sentimiento unitario, flexible, silencioso, de la salud se convierte en polifónico. *La presencia* de la alteración psicósomática en la conciencia se hace perturbadora. La sensación presente no es que estuviera antes reprimida. En estado de salud nunca había existido. La anatomía que el sano sabe, por experiencia, de su propio cuerpo es bien limitada. Esta fisura en el sentimiento unitario y global de la corporalidad es la enfermedad misma. *No es que haya una proyección somática de su estado emotivo, ni siquiera una reacción de conversión*, sino que la enfermedad es una experiencia desintegradora y la aparición de la cenestesia morbosa, una forma de desintegración. *La emoción morbosa, sobre todo la angustia morbosa, es, en el fondo, somatotrópica*. En la amenaza de disolución de la unidad del yo, debemos también incluir la amenaza de la disolución del «yo corpo-

¹ Habitualmente llamada de conversión.

ral», que lleva a esa forma de disolución parcial que es la vivencia del trastorno neurótico.

Tal estructura de los síntomas se ve más clara en las neurosis. Decir que los síntomas neuróticos corresponden a mecanismos defensivos, es decir una verdad parcial. Sería mejor hablar de *la ambigüedad de los síntomas*, si tomásemos esa palabra en el sentido restringido en que la toma Merleau-Ponty. Lo cierto es que son *híbridos* por propia naturaleza. Por una parte *expresan enfermedad* y, por otra, *son la enfermedad misma*. Si un enfermo se angustia porque cree tener palpitaciones, las palpitaciones son expresión de su angustia, pero al mismo tiempo, *son su angustia misma*.

El concepto de *proyección* necesita también ser revisado y rectificado como el de *conversión*. En la dinámica de la persona, se piensa que la angustia básica u original que les da origen se proyecta en zonas corporales determinadas. Aceptando esta tesis, el síntoma es el resultado de una proyección de la angustia. No importa ahora especificar cuál sea el origen de la angustia, ni tampoco que en lugar de la angustia tengamos en cuenta otro estado emotivo. Lo cierto es que el esquema mental sobre el cual asienta el concepto de *proyección* es un esquema dualista. La angustia, fenómeno psíquico, se proyecta sobre la región precordial y produce palpitaciones, fenómeno físico. El enlace entre ambos fenómenos tendría que hacerse a través de *la reacción de conversión*.

Claro es que la reacción de conversión no llega muy allá en la explicación del fenómeno. Es una designación fácil, brillante, que sorprende por su justeza, pero que sigue escamoteando el misterio. Nos dice sólo que una emoción se convierte en determinados síntomas corporales como, por otra parte, ya sabemos por la propia fenomenología de la emoción normal. En ésta, la expresión se

convierte, quiere decir que va acompañada de ciertos síntomas motores, secretores y vegetativos. La emoción patógena también va acompañada de ciertos fenómenos corporales. Entonces aceptamos que su caudal energético *se ha convertido* en síntomas corporales. El *cómo* de esta conversión sigue permaneciendo enigmático en muchos casos, aparte de otras explicaciones posibles.

Un principio dinámico es, sin embargo, cierto: el que ha habido un transvase del caudal energético. La emoción ha disminuido en violencia, en tanto experiencia psíquica, a medida que se ha transformado en fenómeno corporal.

Si se examina bien la constitución de la sintomatología, lo que ocurre es que la angustia inicial ha experimentado una cierta transmutación que la concreta en su propio acontecer temporal. La palpitación es angustiosa ya de por sí. No es que la angustia se proyecte en esa palpitación, sino que la *palpitación surge ya como una forma cristalizadora y concreta de la angustia corporalizada o encarnada*. El síntoma es expresión de la neurosis, pero es la neurosis al mismo tiempo.

3. LA HIPOCONDRIA

Por eso al hipocondriaco le es tan difícil desprenderse del síntoma y que, por el contrario llegue a constituir su modo de vida. Su forma vital es la angustia corporalizada. Su cuerpo mismo es el que está angustiado. No se proyecta la angustia en el cuerpo, *sino que en su cuerpo está la génesis de la angustia*. Lo que caracteriza al hipocondriaco consiste en que *toma una cierta distancia de ella*. El síntoma neurótico tiene una estructura híbrida manifiesta en diversos planos. Uno muy importante es este de la intimidad y distanciamiento del síntoma. Es una

cuestión de existencia y de coexistencia. Si el síntoma fuese toda la existencia, ésta se anegaría en la angustia total. Tal anegamiento es insufrible. De ahí la necesidad de convivir, y a ese proceso de convivencia o de coexistencia es al que llamamos mecanismo de defensa.

Resulta imprescindible, al llegar a este punto, precisar el significado de la palabra «hipocondría». Acabo de señalar lo que es la hipocondría como *actitud*. Éste es el significado actual de la palabra. Se refiere a *la elaboración* de las vivencias que cuajan en ciertas actitudes. Es un análisis de las mismas que lleva al sujeto a estar siempre trabando las coordinadas de la situación que le da origen. Esta actitud parece responder a una supervaloración de la significación del cuerpo, escondiéndose tras ella un gusto por el propio «yo». Parece un puro proceso intelectual en el que los componentes afectivos hayan desaparecido. Pero no es así, puesto que tal actitud nace sobre un subsuelo de angustia.

Plügge ha llamado la atención sobre dos modalidades en las maneras de presentarse lo que llamamos hipocondría. Una, es la actitud a que acabo de referirme. Otra, es un modo primario de vivenciar. Es un modo de *estar determinado* que, en todo caso, nace en el comienzo de la enfermedad. Al paciente no se le presenta como una preocupación. Es una especie de malestar sordo, como una sensación que podría calificarse de «morosa», una opresión interna que crece, poco a poco, hasta convertirse en un sentimiento de plenitud. Szilasi habla del carácter de «mole» de la sensación. Es decir, de algo como si fuera un peso, como algo que se hubiera alojado en el hipocondrio. Hasta qué punto esas sensaciones físicas han dejado su huella en el lenguaje lo demuestra la voz «pesadumbre». Para definir el carácter vital de la tristeza del melancólico, Leme Lopes prefiere usar ese vocablo. Y en

efecto, la tristeza se siente como algo que gravita sobre el cuerpo y que hace que éste aumente, por así decirlo, su gravedad.

Entre esta vivencia hipocondríaca primaria y la actitud hipocondríaca hay todos los grados y modalidades que se pueda pensar. La vivencia hipocondríaca primaria correspondería a lo que Sartre llama, como hemos visto, «dolor puro»: un malestar del que todavía no se tiene conciencia.

Wulffs sostiene que, aun en los enfermos con hallazgos orgánicos, por ejemplo, una arritmia con elaboraciones hipocondríacas, no se trata de neuróticos, es decir, de angustia reactiva, en su terminología, sino de *formas existenciales de angustia*. El enfermo cuenta de un modo casi estereotipado, que su enfermedad comenzó un día, bruscamente, al darse cuenta de que su corazón empezó a palpar deprisa. No había ninguna causa ni motivo para ello. Creo que Wulffs tiene razón, pero formulando el problema de otra manera. Para mí la angustia no es reactiva, ni existencial, sino *vital y endotímica*. En las crisis de angustia se alteran ciertas regulaciones vegetativas, que no provocan la angustia, sino que constituyen un eslabón más de ella. La angustia persiste, después de la crisis aguda, ligada al síntoma. Secundariamente, se puede desarrollar una actitud expectante, de la *espera* de la crisis que puede, *de nuevo*, presentarse.

En la hipocondría el proyecto vital del enfermo se rellena con el escrutar continuado de vivencias de la corporalidad. Cualquier alteración de ellas, cualquier «pequeña percepción», como dice Leibniz, adquiere un significado determinado para el sujeto. A través de muchos pasadizos intermedios, tanto la vivencia hipocondríaca primaria como la elaboración hipocondríaca conducen a la expresión angustiosa fundamental. O sea, la forma de existencia

concreta que es la vida humana, se halla siempre amenazada por la contingencia. El corazón puede detenerse. El cuerpo puede paralizarse... *La hipocondría es un modo temeroso de racionalizar la angustia.* La búsqueda que hace el hipocondríaco de las causas que determinan su trastorno es un intento de aprensión de lo inaprensible.

Nos podríamos preguntar ahora por qué ha quedado en uso la vieja palabra «hipocondría». La angustia no es sólo abdominal, sino cardíaca o muestra otras localizaciones. Indudablemente, será posible encontrar razones históricas para explicar esa supervivencia terminológica, pero también las hay en la propia modalidad de la vivencia. En la hipocondría —en la digestión— hay un modo peculiar de contactar con el mundo, más primario que el habitual de la función cardíaca. El corazón y la respiración forman un complejo en el que hay un margen de libertad. En la digestión la autonomía del destino interno es más patente. La vida oscura y opaca anida allí. Es curioso que los griegos localizasen en el diafragma (φρήν) las sensaciones más vitales.

Estos diversos modos de vivir la corporalidad cristalizan en las diversas formas de sentir la angustia ante la muerte real. En los enfermos de corazón esta angustia es más patente, por regla general. Parece lógico dada la significación del corazón y de la respiración en la vida. La angustia desaparece cuando el hombre se entrega. Los hombres mueren en los campos de concentración sin angustia, como los animales, puesto que su ánimo es nulo y su resistencia inexistente.

4. CORPORALIDAD Y SIGNIFICACIÓN

La vivencia espontánea de la corporalidad tiene sus esquemas, su geografía de opacidades y transparencias.

El cuerpo sano es transparente. A medida que surgen síntomas morbosos aumentan sus opacidades que, a su vez, significan menos disponibilidad y más limitación. De la misma manera que Jung ha descrito los arquetipos como formas existenciales psíquicas primarias, podríamos describir en la experiencia de la corporalidad ciertos arquetipos. El lado derecho no tiene la misma significación que el izquierdo, como veremos más adelante. Ni el hipocondrio significa lo mismo que la neurosis cardíaca. Las algias que yo he llamado «timopáticas» tienen una distribución regional típica que no tiene nada que ver con el modelo de la distribución de las raíces nerviosas, ni de los nervios periféricos y, por tanto, de las algias orgánicas. Así es como las diversas regiones del cuerpo van adquiriendo su significado. Hay, empero, dos modalidades generales en el vivenciar anómalo del cuerpo, que constituyen los síntomas de las neurosis. Oyendo cuidadosamente a los enfermos con dolor de cabeza se percibe con claridad, primero, la impresión de algo compacto, algo que pesa en la cabeza o que existe dentro de ella y que impide el normal funcionamiento. Segundo, la sensación de que algo va a ocurrir, va a escindirse o a partirse. Son dos momentos de la experiencia angustiosa que están reflejados en las palabras «angustia» y «ansiedad». Corresponde a los dos modelos de reacción de *sobresalto* y de *sobrecojimiento*, descritos por mí en la histeria. En la angustia del neurótico aparece el miedo a la muerte o a la locura. O sea, la inhibición, la imposibilidad de seguir siendo o la dispersión en el abanico de posibilidades.

El problema de *la significación* es importante. Plügge cita el siguiente ejemplo: un enfermo va a verle por un dolor de hombro creyendo que es algo reumático. Tras la anamnesis y exploración se ve que es un *angor pectoris*. Con cuidado da la noticia al enfermo. A partir de ese mo-

mento se siente realmente enfermo y muy afectado. Antes no. Unos dolores topográficamente idénticos, unas veces, pueden ser síntomas de un proceso que no inquieta al enfermo. Otras, es al revés. La revelación de una enfermedad cardíaca es algo central en la vida del enfermo. Lo importante no es pues, el dolor o una cualidad, sino su *significación* que yo llamaría *pática*. Hay que confesar que la significación no es algo que ha sido elaborado sólo por el enfermo, sino por los que le rodean, a veces por el propio médico y aún más por las vaguedades médicas que circulan. En la constitución del significado se integran factores de medio —lo que los médicos y profanos piensan de las enfermedades— y factores dados en la experiencia primaria misma. Según mi propia experiencia como médico, el enfermo teme, precisamente, aquello que el médico ha encontrado.

Su actitud es ambigua: por un lado trata de quitarle importancia al dolor —¡es sólo un dolor de hombro!—, por otra parte, busca al médico para ver, de verdad, qué es lo que ocurre.

De todos modos, la actitud del enfermo es distinta según la significación de las enfermedades. Una mano puede hincharse, doler, tener una fractura. Todo ello corresponde a la expresión del cuerpo, en cuanto el cuerpo *se tiene*. El enfermo es capaz de tener una enfermedad, lo mismo que tiene su cuerpo. Otro es el caso cuando el síntoma emana de la corporalidad en conjunto, en tanto en cuanto el yo se confunde con el área del yo corporal. «Somos nuestro cuerpo.»

La experiencia fundamental de la corporalidad, como forma radical de la existencia concreta es la angustia. El enfermo se siente más profundamente tocado cuando le ronda el fantasma de la angustia. Lo indeterminado de ella aumenta merced a *la comunidad expresiva de las en-*

fermedades orgánicas y neuróticas. Una angustia precordial que irrumpe por primera vez en la vida de un enfermo es siempre vivida como una amenaza para él. En esas condiciones es imposible distinguir entre la angustia que acompaña al «angor» o la puramente neurótica. En el segundo caso, al final dirá «en el fondo no era nada». Pero durante la crisis será tan prisionero del pánico, como si se tratase de un enfermo orgánico.

De la misma manera que los neurólogos han descrito una anosognosia por parte del esquema corporal, existe una anosognosia de la vivencia de la corporalidad enferma. La clínica ofrece ejemplos variados. Pero es necesario llamar la atención sobre un punto importante: el médico busca los síntomas que tienen significación para él, que son distintos, muchas veces, de la que tienen para el enfermo. Entre estos dos campos de significación puede establecerse una disparidad. El enfermo cuenta que no puede más, que no sabe lo que le pasa, al mismo tiempo que realmente no le pasa nada. El médico es el que tiene que hallar, en ese desierto, el oasis sintomatológico. Existe una forma especial de melancolía en la que desaparece totalmente la vivencia de la corporalidad. El cuerpo no existe. El enfermo se ve, pero no percibe su cuerpo como existente, sino como una oquedad existencial². No sabe cómo explicar la contradicción, pero él lo siente así. Es lo que la psiquiatría francesa llama «síndrome de Cotard».

Plügge señala con razón las relaciones intrínsecas que se establecen entre el «estar» y el «comportarse». En los enfermos cardíacos aparecen con claridad, como si fuera un modo apriorístico de existir. El enfermo, aparte de los casos agudos de dolor anginoso, se encuentra distímico, malhumorado. Su conducta refleja su estado: su

² Lo contrario de la sensación de presencia.

motórica nos muestra la misma monotonía. Su misma fatigabilidad tiene algo de peculiar, etc. Pero hay algo más: una alteración de la percepción óptica. El mundo aparece como algo intransitable. Un enfermo, no puede ni siquiera permitir que se levanten las cortinas de las ventanas. Los enfermos se muestran como si fueran agorafóbicos. El enfermo, en su conducta, muestra una fisonomía que puede llegar a ser patognomónica. Por eso, a primera vista, el clínico puede decir «probablemente se trata de un carcinoma o de una enfermedad consuntiva o de una insuficiencia cardíaca». El enfermo crea su propio ambiente, que resulta extraordinariamente característico. En las crisis cardíacas de los niños, por el contrario, aun graves y en vísperas de morir, su estado de ánimo y su actitud son otros. Se encuentran bien, se mueven en la cama y juegan como si estuvieran sanos. Es una conducta que ya había llamado la atención de los pediatras hace tiempo. El niño hasta los diez u once años no conoce las palpitaciones, ni las emotivas, ni las de sobre-esfuerzo. Los enfermos pueden tener una taquicardia o una taquipnea, pero no son subjetivamente percibidas. No es una casualidad que el corazón haga su entrada en la corporalidad vivida durante la pubertad. El corazón no es sólo un motor, sino un medio de expresión y, como tal, ligado al proceso de individuación del hombre.

Hasta los diez años, el niño es un miembro indiferenciado de la familia, del grupo o de la clase. No hay decisiones que tomar: sus padres, lo hacen por él. El corazón, dice Pascal, es el lugar de las decisiones y de las adhesiones. Por esta razón es por lo que aparece en el esquema corporal en la fase de la pubertad. El esquema corporal debe *estudiarse también desde el punto de vista evolutivo*. La vejez significa un duro aprendizaje de lo que el cuerpo pesa en la vida. El cuerpo «como soporte» aumenta su

importancia a medida que pasan los años. Por otra parte, en estos diversos modos de comportarse, el cuerpo muestra sus diversas valencias o su *pluripotencialidad*.

La vida es proyecto vital, que comienza con el cuerpo mismo que *se hace histórico* en el curso de la vida. En la fisonomía se depositan las huellas de la vida. El cuerpo humano ofrece una cierta historicidad. La corporalidad es el esquema previo de la existencia, dice Waehleins. El cuerpo no es sólo un instrumento del hombre, *sino un medio de realizar su proyecto vital*. Por eso dice Merleau-Ponty: «El espíritu se hace a través del cuerpo». En la neurosis la presencia de la corporalidad toma una forma especial. No es el inconsciente psíquico sólo el que actúa, *sino el inconsciente vital*. Aquel que se halla ligado a las exigencias y a las experiencias de la corporalidad³.

5. LA DESPERSONALIZACIÓN Y LA HEAUTOSCOPIA

La rica casuística de fenómenos de heautoscopia y de despersonalización está necesitando un orden en la interpretación. Un primer paso consiste en considerar la heautoscopia como una modalidad de la despersonalización. Ésta es, en efecto, un fenómeno más amplio y complejo, cuyas diversas proyecciones sólo pueden verse con claridad partiendo del fenómeno inverso que provisional y transitoriamente, para ser entendidos, podríamos llamar «personalización». En efecto, lo que caracteriza la personalidad, en estado normal y desde el punto de vista del análisis psicológico, es:

³ El poeta Ronsard decía en el siglo xvi: «L'esprit ne sent rien que par l'aide du corps.»

1.º El sentirse único, frente al mundo exterior. El mundo se halla, como extendido, alrededor del «centro personal».

2.º El sentirse unidad «a través» del tiempo.

Esta distinción del *centro del yo* con respecto a la persona y esta *continuidad* se percibe por el yo de un modo dinámico. El yo no es una formación estática, sino una experiencia psicológica peculiar, que *no se percibe más que en estado móvil*. La misma percepción del yo, lo más pura posible, es una operación reflexiva, *dialogal del yo consigo mismo*.

Pues bien, este doble carácter concéntrico y excéntrico de las relaciones entre nuestro yo y nuestro *cuerpo*, se halla en la base de los fenómenos de despersonalización y de heautoscopia. Si yo miro mi mano al escribir, o sin mirarla la siento deslizarse sobre el papel, ya sé que la mano es mía, me pertenece y, al mismo tiempo, la uso. Su carácter instrumental se prolonga en la pluma misma que me sirve para escribir. Un epiléptico me refería hace poco: «Lo primero que noto cuando me va a dar un ataque es que la mano que está haciendo algo, por ejemplo, cogiendo el teléfono para hablar, no me parece mía, sino algo extraño». Existen, pues, experiencias de extrañeza de partes de nuestro cuerpo de las cuales la observación neurológica (enfermos orgánicos cerebrales, auras epilépticas, etc.) ofrece una rica casuística (anosognosia, hemisomatognosia, etc.). De esta experiencia se conocen numerosas modalidades: sentimiento de extrañeza, no reconocimiento de su incapacidad motora, etc.

Son, pues, *formas parciales* de perturbación de la relación que liga al yo con la vivencia corporal. Pero existen *formas totales*, en las que se percibe un extrañamiento, un alejamiento de ese yo central de la experiencia psicológica y su envoltura corporal. La existencia de for-

mas parciales y totales del síndrome nos plantea, de nuevo el mismo problema. ¿Cómo podemos considerar constituida la experiencia del yo corporal? ¿Es una suma de imágenes parciales del cuerpo, es decir, una agregación de las imágenes de la mano, brazo, hemicuerpo, etc.? ¿Debemos, además, pensar en una síntesis de percepción cenestésica y visual, según hace concebir la noción del «esquema corporal» sólida en neurología?

Para explicar los síndromes de negación corporal y de extrañeza del mundo exterior Foerster, siguiendo a Wernicke, pensaba en una disociación de la función de la *somato-psique*. Es decir, en una somatopsicosis general elemental. La somato-psique se constituía de la siguiente manera: en cada sensación existen dos elementos, uno sensorial específico y otro muscular, resultante del movimiento necesario para adaptación del órgano sensorial al estímulo recibido. El sentido de la realidad deriva de esa asociación entre los componentes miógenos y sensoriales. Por el contrario, la disociación de los mismos y la no percepción o ausencia en la conciencia de los componentes miógenos daría lugar al síndrome de negación de la corporalidad en cualquiera de sus formas. Deny y Camus emitieron una teoría parecida. También para ellos el sentimiento de extrañeza provendría de un «ébranlément des centres corticaux où sont fixées et enrégistrées les images des sensations internes ou organiques auxquelles nous devons la notion de notre existence corporelle». Estas sensaciones internas u orgánicas constituyen la cenestesia.

Bonnier, en un excelente trabajo que Lhermitte sacó del olvido, creía, por el contrario, que las sensaciones orgánicas persisten, lo mismo que las demás. O sea, que las procedentes de los sentidos. Y que lo ausente es la figuración espacial, la situación topográfica de las cosas, cuya

sensación persiste. En esta localización de las sensaciones desempeña un papel fundamental el vestíbulo. En el esquema de nuestro cuerpo participa la función vestibular, ya que el vestíbulo es el «nervio» del espacio.

Todas estas ideas acerca del modo de constituirse el esquema corporal están montadas sobre una psicología de tipo asociacionista, en la que los contenidos psíquicos superiores resultan de la agregación de elementos. Todos reconocen que el estímulo sensorial, concebido como una emisión de un órgano periférico y una recepción por un centro, es insuficiente para explicar estos síndromes que consisten, precisamente, en la conservación de tal estímulo sensorial coexistente con la sensación de que no pertenece a aquel supuesto centro. Esta nota de pertenencia es la que intenta explicarse mediante la intervención de las sensaciones musculares, de la cenestesia o de la referencia topográfica, debida a la cooperación vestibular.

La clínica demuestra que el síndrome está constituido por *un tercer elemento que es el afectivo*. En efecto, tal pérdida del sentimiento de la propia corporalidad no deja indiferente al sujeto: *se angustia* en un grado habitualmente muy intenso. Lhermitte consideraba que este sentimiento, que acompaña a la evanescencia corporal, es un factor contingente y accesorio. Por el contrario, yo pienso que, en la situación van íntimamente fusionados —y más adelante veremos por qué— estado afectivo y sensación de evanescencia corporal.

Si examinamos los casos puros de heautoscopia, llama la atención la simplicidad de la experiencia. El yo se siente como un cuerpo astral emigrado del cuerpo. P. Sollier decía: «No se trata de un fenómeno visual, ni de una verdadera alucinación y menos todavía de una alucinación visual». La heautoscopia es, para este autor, una

proyección fuera del cuerpo de las sensaciones cenestésicas, que se hallarían, de este modo, localizadas en el espacio exterior y objetivadas por el sujeto. Éste agregaría atributos exteriores a la sensación cenestésica. Reviste a continuación esta objetivación, bien sea con atributos externos actuales o con atributos morales tan sólo. Este proceso secundario, de revestimiento por parte del sujeto de la experiencia primaria, es el que tiene lugar en los casos complicados. Primariamente se trata de una experiencia compacta, simple. Y es que a la unidad de la experiencia del yo psicológico corresponde *una unidad de experiencia del yo corporal*. La experiencia cenestésica es, pues, única en este plano. La existencia de lo que llamó Scheler sentimientos vitales, con carácter global lo demuestra, como hemos visto en otra parte. ¿Cómo compaginar esta experiencia única, con las experiencias localizadas, anteriormente citadas, como el caso de la epilepsia, de las anosognosias parciales, etc.? Ya hemos dicho que la experiencia de la corporalidad se siente proyectada, según sea la actividad del sujeto. En el caso citado del epiléptico que notaba la extrañeza en su mano es porque, precisamente, allí estaba la actividad del sujeto en aquel momento.

Hécaen y Ajuriaguerra resumen en tres los factores que pueden intervenir en lo que llaman, impropriamente, «alucinación heautoscópica». A saber: ansiedad, perturbaciones vestibulares y turbación de la conciencia de tipo hipnagógico. Sobre el papel de la angustia he insistido en muchas publicaciones y en el curso de estas páginas he vuelto a insistir, pues me parece evidente y esencial.

Blondel ha llamado la atención sobre expresiones metafóricas que emplean los enfermos. Pero ¿de qué otro modo se puede exponer una experiencia nueva en la vida, que no tiene antecedentes, si no es metafóricamente? El

investigador científico comete muchas veces un error analizando los procesos de integración y de desintegración de una función orgánica. Ciertamente es que la imagen corporal se va constituyendo a lo largo de la vida. Cualquier molestia, dolor o incluso un movimiento nos descubre partes de nuestra corporalidad. Pero esta fusión paulatina no se encuentra repetida, al revés, en la disolución. Se podrá hacer una comparación, mediante una serie de abstracciones, entre integración y disolución, pero la experiencia real es muy otra. Podríamos pensar que es la rapidez, la que concede el carácter de crisis a la experiencia de despersonalización. Pero sólo a título de hipótesis o de intento de una explicación.

La intervención de las perturbaciones vestibulares en la alteración del esquema corporal arranca de la propia observación clínica. Pero un estudio detenido de los casos publicados muestra cómo ha habido un error por exceso, en el papel atribuido a la perturbación vestibular. Tales casos, más que ejemplos de *vértigos vestibulares*, son ejemplos de *vértigos timopáticos o agorafóbicos*, según mi expresión, idénticamente podríamos decir de casos de los llamados por Barré «*anxiété vestibulaire*». Ahora bien, tales crisis vertiginosas agorafóbicas son algo distinto a la expresión de un disturbio laberíntico. Son, en definitiva, *equivalentes de crisis ansiosas*. Angustia y vértigo son dos modalidades de presentación del mismo fenómeno, como traté de demostrar en mi libro *Angustia vital*.

En cuanto al papel de la depresión del nivel de la conciencia es problema distinto. En la crisis de ansiedad muy aguda puede observarse un cierto enturbiamiento de la conciencia. En el pre-sueño, en el aura epiléptica, también hallamos otra forma de conciencia enturbiada o que se está enturbiando. Es natural que la conciencia del

yo, que es un círculo o sector de la conciencia general, sufra el impacto de ese velo que la cubre. En fases ligeras de la misma, la ruptura con la realidad se manifiesta como una especie de estado con tendencia a las elaboraciones fantasmales y oneiroides. La vivencia, simple en principio, de la percepción de la corporalidad, se elabora a este nivel oneiroide. Y entonces, los perfiles del fenómeno aparecen proyectados con un tamaño monstruoso. El enfermo siente su cuerpo cortado por la mitad, u otros fenómenos parecidos. También tienen lugar entonces las realizaciones plásticas del síndrome de despersonalización, en las que lo pintoresco llega a los límites de la credulidad.

Los fenómenos de despersonalización se consideran, por algunos autores, ligados a las funciones del lóbulo parietal. Sin embargo, conviene tener presente las condiciones fundamentales en que aparecen: angustia, vértigo, trastornos de la conciencia, son experiencias centrales. En una observación de Lhermitte y colaboradores se señalaban alteraciones del esquema corporal, en un foco hemorrágico espino-bulbo-protuberancial. El enfermo notaba, durante días, que sus miembros inferiores estaban en el aire, por encima del plano de la cama donde realmente reposaban. Después se han publicado algunas observaciones análogas. Es posible que en muchos casos se unan factores centrales (talámicos, hipotalámicos) y corticales. Se podría establecer la hipótesis de un circuito tálamo-cortical, en el que la zona de corteza que interviniese fuera la parietal.

En resumen: en el análisis de los fenómenos de despersonalización se parte del esquema corporal. Pero esta noción es, como hemos visto, errónea, por lo menos en la forma en que se plantea habitualmente. *No existe un esquema corporal como síntesis o agregación de todas las*

sensaciones que integran la cenestesia. La vivencia del yo corporal es, *primariamente, única.* No se halla localizada en parte alguna, sino que su «localización», por así decirlo, es móvil. Se concentra en la parte del cuerpo que en aquel momento se halla, psicológicamente, activa. Así pueden explicarse las formas parciales de despersonalización, que son las que estudia la neurología como alteraciones del esquema corporal. Se señalan, además, las relaciones que existen entre estos fenómenos y las crisis angustiosas. Ya los clásicos habían llamado la atención sobre las relaciones que se establecen entre el esquema corporal, la afectividad y el nervio vestibular. Para mí, se trata de proyecciones distintas de una misma experiencia nuclear, que es la angustiosa. Hay formas diversas en el modo como los síntomas se suceden unos a otros durante las crisis.

Este modo de plantear el problema clínico nos permite esclarecer algunos hechos clínicos que serían, de otro modo, completamente inexplicables.

6. A PROPÓSITO DE UN CAMPO VISUAL FANTASMA

Los numerosos trabajos publicados en torno al miembro fantasma y a su génesis y sobre el esquema corporal coinciden en aceptar la intervención simultánea en el mismo de factores centrales y periféricos.

También existe una cierta concordancia en las opiniones respecto a la cuantía de la participación del centro y de la periferia, en la génesis del susodicho esquema. La mayoría de los autores —encabezados por J. Lhermitte— se ha inclinado por atribuir una prevalencia funcional al centro. Pero, entre las muchas cuestiones que quedan todavía sujetas al análisis, una de un interés singular, es

la del modo como se establecen las relaciones entre centro y periferia. El análisis de un caso notable en el que la formación fantasmal aparecía en un ojo amputado me ha permitido entrever, en parte, cómo puede concebirse el funcionamiento del circuito centro-periferia.

El caso, en resumen, es el siguiente:

Se trataba de un médico que padecía un estrabismo convergente desde su infancia (ojo derecho). Tras el fracaso de los tratamientos habituales se decide por la corrección quirúrgica —tenía entonces unos 18 años— pero en la intervención el estrabismo se hipercorrigió, con lo que le quedó una diplopia transitoria que trató de eliminar mediante ejercicios estenoscópicos, que practicó durante cuatro años. Ante el fracaso de los ejercicios, se sometió a dos nuevas intervenciones quirúrgicas. Con la última logró un paralelismo evidente de ambos ojos. Y, sin embargo, no podía fusionar las imágenes, por lo que se le presentó un dolor violentísimo que localizaba en la musculatura ocular. El dolor fue creciendo hasta extremos inverosímiles, convirtiéndole en un ser inútil. Entonces, un profesor de oftalmología le aconsejó reproducir el estrabismo como estaba al principio... No se logró tampoco nada provechoso y los dolores continuaron. Se presentó una iridociclitis y hubo que extirpar el ojo.

Con la enucleación no desaparecieron sus molestias. Notaba una tensión en la zona correspondiente al ojo enucleado, con dolores de tal intensidad que le obligaban a guardar cama. Tenía la sensación de *presencia del campo visual ausente* que interfería con el presente, llegando en estados de fatiga a desdibujar la imagen del ojo presente que habitualmente era nítida. El campo visual ausente invadía el presente, unas veces con sombras, otras con rayas y puntos luminosos. El enfermo tenía que hacer considerables esfuerzos para apartar el ojo amputado, con su campo visual fantasma, del ojo sano. La anestesia de la musculatura ocular le produjo un alivio momentáneo y transitorio pero le duró sólo unos días. La repetición de la misma fue menos duradera en sus resultados. Cada anestesia iba acompañada de una sensación especial. En el campo visual ocurrió un brusco desplazamiento de 30°. La «visión fantasma» llegó a ser tan atormentadora que le puso al borde del suicidio.

En el enfermo citado, existía la visión fantasma de ojo que entraba en competencia con la visión del sano. Cuantos más esfuerzos hacía por eliminarla, más adherida quedaba la imagen. La situación recuerda claramente una experiencia de Von Holst. Los movimientos oculares tienen dos modos de re-aferentarse: el primero mediante el desplazamiento de la imagen retiniana y el segundo por los impulsos procedentes de los músculos oculares. Este autor sostiene que cuando desde el centro se envía a la periferia un impulso motor, en el centro queda una especie de copia del mismo (copia eferente) que es anulada o borrada cuando al centro llega el estímulo sensorial correspondiente a la orden cumplida. Todo este proceso es subliminal con respecto a la conciencia. Es una pura regulación u ordenación nerviosa, sin manifestación psíquica alguna. Si se inmoviliza un ojo y se ordena al sujeto mirar hacia la derecha, aparece una percepción positiva en el ojo, aunque no haya ocurrido nada en la retina, ni en los músculos puesto que están inmóviles. Y esto ocurre así porque la copia eferente engendrada por la orden, no ha sido borrada por la sensación posterior y entonces toma de ella noticia el psiquismo. La percepción es la misma que si inmovilizando un ojo y sin dar orden alguna al sujeto, desplazamos el campo visual. En ambos casos el sujeto dice que el campo ha dado un salto a la derecha. Kornmüller confirmó esta experiencia en sí mismo, con un ojo anestesiado. Lo que resulta de ello es que la orden de mover el ojo es capaz, por sí misma, de provocar la percepción. Si en un ojo inmovilizado se provoca pasivamente un desplazamiento hacia la derecha, falta la orden de mando y la copia eferente, pero el desplazamiento de la imagen retiniana es capaz de dar la sensación de movimiento en el campo perceptivo.

En resumen, nuestra imagen del mundo exterior y nuestra imagen del propio cuerpo es la resultante de una serie de procesos complementarios, en los cuales interviene la copia eferente de los movimientos y las sensaciones cenestésicas que provienen de los *miembros movidos*. Cuando ambos procesos se descomponen, aparece la imagen fantasma. En el caso del campo visual fantasma es evidente que las sucesivas correcciones a que había sido sometido y los esfuerzos propios del enfermo, habían creado una especie de *ataxia* entre la copia eferente y la sensación. Recuérdese cómo transitoriamente desapareció, cuando se anestesiaron los residuos de la musculatura ocular. Como también desaparece, transitoriamente, el miembro fantasma, cuando se anestesia el muñón.

Es bien sabido que en los histéricos se observa una reducción del campo visual. Lo curioso es que tal reducción se observa también en los heridos craneales, es decir, en auténticos enfermos orgánicos. Nuestras observaciones en heridos de guerra y en accidentados, nos han confirmado repetidas veces este hecho. Pero, además, he podido comprobar que tal reducción no ocurría sólo en heridos del lóbulo occipital.

En las lesiones de lóbulo occipital se observa que el campo visual se restituye desde el centro a la periferia, pasando por un período en el cual hay una *inducción concéntrica del mismo*. La naturaleza orgánica de dicho fenómeno está fuera de duda. Goldstein estima que la citada reducción puede diferenciarse de la histérica en que ésta adopta una forma de círculo, en tanto que en los casos orgánicos, la línea límite del campo se mantiene paralela a la normal, conservando por consiguiente la forma habitual del campo visual. Probablemente en estos casos está, además, disminuido el rendimiento total del campo conservado y la reducción es más intensa en el

lado temporal que en el basal, por la diferencia entre el valor psíquico de ambos hemisferios y, por consiguiente, de su vulnerabilidad. Goldstein con Gelb han demostrado que el campo visual circular o cilíndrico no es exclusivo de la histeria, sino que también aparece en las heridas occipitales. Tal es también mi experiencia. Kleist describió igualmente la reducción concéntrica del campo visual, como signo de organicidad de la lesión. Aseguró que sólo tiene lugar cuando coexisten defectos hemianópsicos y que entonces la reducción no nos hace sino tales defectos.

7. EL NIVEL NERVIOSO

Pero lo más notable, a mi juicio, es que *exista tal reducción del campo visual en lesiones de otras partes del cerebro*. En heridas del lóbulo frontal hemos podido comprobar este hecho. El campo visual se halla reducido y precisamente de una manera concéntrica. Al principio creía que este fenómeno podía deberse a una sobrecarga psicógena. Un estudio minucioso del mismo me demostró que no acontecía así. Y es que, en efecto, una lesión cerebral produce no sólo un trastorno específico, localizado, sino una afección difusa. Tomando la expresión de la psicología de las neurosis, podríamos decir que, a consecuencia de la lesión, había sobrevenido *un descenso de la tensión biológica del sistema nervioso*.

Lo que tiene lugar en las neurosis es un descenso de la tensión psicológica. Y esta comunidad de degradación energética, en uno u otro plano, crea la comunidad de manifestación externa, si bien con ciertas variantes. Por eso el traumatizado y el histérico tienen ambos una reducción del campo visual. En definitiva tienen una reducción de su horizonte. A propósito de los traumatismos he usado

en otra parte la expresión de que el herido del cerebro *ha perdido grados de su libertad*. Apenas hace falta comentario alguno sobre la enorme pérdida de libertad que sufren el neurótico y el histérico. En éste su personalidad superior y diferenciada se encuentra atrófica y a merced de su personalidad inferior y profunda. Claro está que en toda enfermedad hay una pérdida de libertad.

En un estudio de traumatismos cerebrales con trastornos de la libido, tuve ocasión de aislar hace algunos años a un grupo de enfermos en los que tal alteración se debía, probablemente, a esta depresión de la función nerviosa total.

8. MOVIMIENTO Y ESQUEMA CORPORAL

Apenas es necesario recordar la intervención del movimiento en la formación del esquema corporal. Aparte de la intervención del factor visual que da un esquema distinto, la imagen cenestésica se elabora a partir de la resistencia del medio externo y de nuestros movimientos frente a ella. Al andar no percibimos la totalidad de nuestras piernas, sino la resistencia del suelo a los pies y el movimiento de las rodillas. Por eso decía un enfermo de Lhermitte: «Entre mon pied et mon génou il y a un trou».

Pero lo interesante no es que intervengan los movimientos realizados y que se considere la imagen como resultante de la reaferencia cenestésica procedente, por ejemplo, de la articulación movida, sino *los movimientos por realizar*, las órdenes de movimiento. Algo así como los movimientos virtuales (Bergson y Palagy). La unidad de percepción y movimiento encuentra aquí un punto más donde poder demostrarse.

No hay que pensar que el organismo humano está dispuesto a percibir todo lo que pasa a su alrededor. De la misma manera que la vida psicológica no puede concebirse sin la presencia del olvido, *tampoco la vida orgánica puede realizarse sin la presencia de lo no percibido*. Es decir, lo que no entra en el campo de la conciencia. Esto sólo es posible por la existencia de esas regulaciones, entre copias eferentes y reaferencias que se realizan en un nivel inferior. Cuando se perturban, aparece la patología.

Otra cuestión y casi más bien en forma de pregunta, quisiera suscitar en torno a la imagen corporal. Por regla general no se incluye en ella más que la imagen que resulta del contacto de nuestro cuerpo con el mundo exterior. Es decir, la imagen que podríamos llamar *externa*. Esta imagen se refiere sobre todo a aquellas partes de nuestro organismo que se mueven voluntariamente. La cuestión se complica, porque en la noción del esquema corporal se manejan dos imágenes: una visual y otra cenestésica. (Yo más bien hablaría de sensación de presencia cenestésica, para diferenciarla de la imagen visual.) Esta síntesis no se realiza en un acto perceptivo, sino que es *un juicio*, una síntesis mental, un pensamiento, una abstracción. Muchos trabajos sobre el esquema corporal adolecen de no saber distinguir entre estos dos planos: uno *perceptivo visual y perceptivo cenestésico*, y otro *operación mental*. La misma expresión «esquema corporal» alude simplemente a la operación mental, más que al acto perceptivo mismo. Ahora bien, hemos de volver a preguntarnos aquí: ¿Existe una imagen corporal de nuestro cuerpo interno, de nuestro intracuerpo? Y ¿hasta qué punto es distinta de la otra?

Naturalmente que existe una imagen de nuestro cuerpo interno o intracuerpo, que es la imagen cenestésica.

Lo que ocurre con ella nos arrojará alguna luz sobre el esquema corporal. De nuestro cuerpo interior habitualmente no tenemos noticias, sólo en circunstancias excepcionales fisiológicas o patológicas se nos revela que nuestro corazón palpita o que nuestro estómago se contrae. Como hemos visto en otra parte, una perturbación en la función lo trae al campo de la conciencia. La fijación de la atención hace que se establezca un círculo vicioso y queda adherido a la conciencia como en las formaciones hipocondríacas. Ocurre, pues, lo mismo que en la imagen del cuerpo externo. En la aparición del miembro fantasma tiene un papel evidente la amputación o la enfermedad plexual o periférica, que trastorna la regulación del par «copia eferente-reaferenciación sensorial», que anteriormente he citado. Un mecanismo análogo podemos admitir en las regulaciones vegetativas. La perturbación es la que aparece en la conciencia.

Nuestra imagen corporal tiene, pues, una frontera móvil, fluctuante. Por eso hablar del esquema corporal resulta una expresión demasiado rígida. No tenemos una imagen del cuerpo, sino que ésta se está continuamente haciendo y deshaciendo, pasando de lo ignorado a lo olvidado. Y dejándonos sólo una ligera franja del mudable presente.

9. EL «MIEMBRO FANTASMA NEGATIVO»

En este apartado pretendo aportar una contribución al conocimiento del fenómeno del «miembro fantasma», partiendo de un hecho distinto del que parten las observaciones corrientes. En efecto, en ellas hemos visto que se trata de alteraciones en la percepción de un miembro inexistente (amputado) o en lesionados (lesiones del ple-

xo braquial o de médula) y en lesiones subcorticales, como en los casos de Van Bogaert y de Pineas. También en las lesiones cerebrales la casuística es muy abundante.

Aquí partimos, en cambio, del examen de una vivencia en sujetos neurológicamente intactos, sometidos a ciertas experiencias psicoterapéuticas. El calificativo de normalidad, insistimos, se refiere a la ausencia de lesiones orgánicas nerviosas o somáticas. También excluimos aquí las psicosis y las personalidades histéricas. Hemos utilizado sólo las vivencias relatadas por neuróticos de otro tipo (por ejemplo, obsesivos) e incluso hemos realizado la experiencia con sujetos normales.

La experiencia a la que se les somete consiste en «ejercicios de entrenamiento autógeno», a lo Schultz, o de «relajación progresiva», según el método de Jacobson. Dejando aparte otras particularidades de estos métodos, se trata de conseguir mediante ellos una absoluta relajación muscular. Para ello se tiende al sujeto en una camilla o en una cama, ordenándole que adopte la posición que le resulte más cómoda, con los ojos cerrados. Las extremidades quedan en una flexión ligera. El sujeto ha de adoptar una actitud completamente pasiva. Incluso mentalmente ha de quedarse relajado, dejando las ideas a su libre vagar y no tratando de extirpar, directamente, ninguna, sino indirectamente, por la concentración en la relajación. Siguiendo el método de Jacobson, la relajación se prolonga hasta media o una hora. En el método de H. J. Schultz se trata de unos ejercicios seriados, el primero de los cuales tiene interés para la cuestión que nos ocupa. En él, colocado el sujeto en la actitud de relajación, trata de percibir la vivencia de gravedad y calor de su mano derecha o izquierda, según sea diestro o zurdo. Se elige, pues, la mano activa por ser la más próxima a la propia intimidad. Se trata en este ejercicio de percibir interior-

mente el calor que «naturalmente» tiene la propia mano y el peso que «realmente» tiene, ya que la fuerza de la gravedad actúa sobre ella.

Estos ejercicios, repetidos, logran que el sujeto de la experiencia logre relajar sus músculos de una manera extraordinaria. En algunos de ellos se presentan, entonces, ciertas alteraciones del esquema corporal, que merecen un análisis detallado. He aquí un fragmento literal de un protocolo de observación:

Hacia los veinte minutos la relajación se deja sentir. Las extremidades calientan y su peso aumenta más y más. Después hay un sobresalto general o local y la relajación se hace más intensa. Poco a poco van desapareciendo las sensaciones derivadas del contacto con la ropa o plano de la cama. Luego, se pierde la orientación, especialmente la que a las manos se refiere. Es decir, que sé cómo y dónde están colocadas mis manos, pero lo sé porque recuerdo cómo las coloqué al principio, pero no porque pueda determinarlo cuando tal grado de relajación es alcanzado. Y por último, de pronto, las extremidades desaparecen (siempre en grado mayor las manos) y la sensación experimentada es de ingravidez, de algo que no está apoyado, sino que está suspendido y como flotante. Durante todo el ejercicio los ojos están perfectamente inmóviles, bajo los párpados cerrados.

Se trata, pues, de una alteración del esquema corporal, inversa a la del «miembro fantasma». En éste la ausencia del miembro amputado es suplida por el miembro fantásticamente aparecido. Aquí, al contrario, las extremidades desaparecen. El fenómeno ofrece cierta semejanza con la *autopatognosia* de Babinski o la *anosognosia* de Anton. En ambos casos se trata de la ausencia de la percepción del defecto producido por una lesión cerebral. El enfermo ignora que su pierna o que su medio cuerpo está paralizado. Otras veces, los siente como pertenecientes a otra persona. También tiene cierta semejanza con el fenóme-

no descrito por Pick, como miembro fantasma sin pérdida de los miembros reales en ciertos catatónicos. Es decir, como un miembro espectral supernumerario. En estos casos no se trata de la coexistencia de ambas percepciones, sino que el miembro fantasma aparece cuando el miembro real se difumina, y viceversa. En algunos sujetos se ha observado la no percepción de la propia imagen en el espejo. En la literatura figura algún caso. Recuerdo el de un muchacho con esta «alucinación heautoscópica negativa» que al mirar al espejo no veía su propia imagen y percibía en cambio todos los objetos de alrededor. Esta *asquematia* (Bonnier) o *afunción de la somatopsique* (Foerster) es como una vivencia de amputación de toda una parte de una función psicopatológica.

En nuestra experiencia, lo que se percibe con toda claridad es la desaparición de la vivencia de los miembros, sobre todo de los superiores. Se trata de una especie de «miembro fantasma negativo». El análisis de esta vivencia demuestra la existencia de una disociación o dehiscencia de la imagen del propio miembro. Por un lado la imagen *conocida* o *sabida* de él («sé cómo y dónde están colocadas mis manos, porque recuerdo cómo las coloqué al principio») y, por otro lado, la desaparición de la imagen *sentida* del mismo. Esta disociación se observa en los miembros fantasma positivos. En el caso de Hansenjäger y Pötzl se trataba de una herida del plexo braquial izquierdo, que producía una parálisis flácida del brazo con alteraciones de la sensibilidad. Dos días después del accidente que la produjo, tenía la sensación clara de que su brazo herido estaba doblado por el codo, con el puño cerrado y apoyado sobre el pecho. Al levantar la ropa de la cama, notaba, con sorpresa, que su brazo yacía al lado de su cuerpo.

10. INTERVENCIÓN DE FACTORES CENTRALES

Existe pues una disociación entre los elementos de la imagen del miembro. En este caso citado, la disociación es entre la imagen óptica y la cenestésica. En el nuestro, existe entre la imagen que podríamos llamar «mnésica» y la «cenestésica».

Hémon ha descrito como *correspondencia homófona* un principio de funcionamiento orgánico, en virtud del cual se ensamblan imperativamente dos excitaciones distintas, pero que ofrecen una cierta identidad esencial. Para la percepción de nuestra corporalidad, no cabe duda de que existe una tal ensambladura de excitaciones perceptivas. Por un lado, las sensaciones táctiles superficiales (calor, temperatura, dolor). Por otro lado, las profundas (sensibilidad de músculos, tendones y articulaciones), finalmente, las ópticas. La percepción conjunta resulta de la adición de todas ellas. Pero es muy probable que no se trate de una adición simple, sino de un fenómeno más complejo. El malogrado Klaus Conrad pretendía que la percepción del esquema corporal era una percepción de figuras en el sentido de la «Gestaltpsychologie» (Psicología de la forma).

Pero ¿cómo es posible introducir esa disociación en la vivencia de un miembro? ¿De qué clase de proceso se trata? Las observaciones en los miembros fantasmas (positivos) demuestran que, a veces, se consigue la anulación de los mismos mediante la cocainización del tronco nervioso o la anestesia del muñón con cloruro de etilo. Durante la Guerra Civil Española tuve ocasión de comprobar que este hecho es menos frecuente y constante de lo que se afirma en la bibliografía. Riddoch afirma que según

que el muñón donde se inserta el miembro fantasma conserve o no su sensibilidad profunda, el fantasma está dotado o no de movilidad activa. Con la única persistencia de la sensibilidad cutánea, el miembro fantasma se mantiene estático.

Por otra parte, la intervención de factores centrales en la provocación de este fenómeno es absolutamente segura. La experiencia con mescalina, parpanit o L. S. D. han hecho afirmar a algunos autores que las alteraciones son, exclusivamente, de origen central y reclaman la necesidad de una alteración de la conciencia en mayor o menor grado, para que se produzca el fenómeno⁴. Tal alteración de la conciencia no está universalmente aceptada. Schilder, uno de los mejores conocedores del problema lo niega y polemizó vivamente con Conrad que lo aceptaba. Recuerda unas experiencias de Hoff y Pötzl que provocaron una anosognosia, por la simultánea exclusión funcional de la corteza parietal y del tálamo. La conciencia no se alteraba. Tampoco Riddoch, en una revisión de conjunto, y tantos otros, consideran necesaria la presencia de las citadas alteraciones de conciencia.

Pero aun sin contar con ellas —presentes sin embargo en tantos casos—, la intervención de factores centrales es indudable. En el caso de Head la lesión de la corteza parietal derecha hizo desaparecer un miembro fantasma, existente por lesión periférica. Pötzl afirma que la posibilidad de presentación de un miembro fantasma está ligada a la presencia intacta de la circunvolución postcentral. Esta posibilidad *latente* de un miembro fantasma no se desencadena por una activación de un proceso dirigido fisiológicamente, sino por una activación *anormal*. En un caso citado con lesiones cerebrales, la imagen kinestésica

⁴ Véase parte tercera de este libro.

de la mitad izquierda estaba intacta y persistía en la percepción. Pero tanto ella, como todos los impulsos derivados de la misma, estaban dirigidos, forzosamente, hacia la derecha, en dirección a la línea media. Por esta deformación, *la imagen sentida dejaba de ser congruente con la motora.*

Resulta, pues, indudable, la participación de mecanismos periféricos y centrales en la producción del esquema corporal. De modo que plantear la cuestión como una disyuntiva entre periférico y central es un error. Mas bien habría que dirimir en cuánto su determinación es central y en cuánto es periférica. O mejor aún, *de qué modo es central y de qué modo periférica.*

El examen de la génesis de nuestros esquemas del mundo exterior e interior nos ayudará a la elucidación de esta pregunta. Efectivamente, nosotros no nos construimos los esquemas del mundo por un proceso exclusivamente sensorial. T. V. Uexküll dice muy bien que lo fundamental en la percepción del mundo circundante es la imagen de nuestra *posibilidad motora*. Este acento o tono motor es lo que da carácter de realidad a la pura percepción. Parecida es la tesis de Bergson. La percepción es el punteado por donde se desliza la acción. Además que nuestros esquemas del mundo exterior se organizan en torno a una especie de *imágenes buscadas*. Son los esquemas mentales con los que operamos. Al operar, es decir, al actuar, la imagen buscada se transforma en *imagen real*.

Nuestro propio cuerpo representa con respecto a la intimidad del yo un mundo extraño. No tan ajeno como el mundo circundante, pero sí lo suficiente para que nosotros estemos frente a él como ante la misma incógnita. Sentimos una imagen de nuestro brazo. Es la que nos transmite la sensibilidad cutánea y profunda. Por otro

lado la experiencia ha creado la «imagen buscada». Pero la noción o realidad de nuestro brazo *nos la da la acción*. La modalidad, expresión de la acción, tiene pues un *valor cognoscitivo* no inferior al de la sensibilidad. La imagen motora o activa se agrega a la imagen buscada o sentida. *La función, la homofonía de tales imágenes, representa la síntesis fundamental del proceso.* (Véase, más arriba, *Corporalidad y actividad*.)

Cuán importante es la participación motora en el campo perceptivo se halla demostrado por una serie de observaciones ajenas a nuestro tema y que no es necesario, por lo tanto, aducir aquí. En la doctrina de las afasias, en la de las alucinaciones mismas, en la de la agnosia óptica, se encuentran muy buenos ejemplos. Pero volviendo al problema de la imagen corporal, he aquí lo que ocurre. En las parálisis del plexo braquial, el enfermo tiene *una imagen sentida*, la del miembro fantasma y *una imagen óptica*, real para nosotros, no para él, del miembro paralizado. *La imagen buscada coincide con el brazo sentido. Con la imagen óptica, en cambio, no quiere nada.* pero ¿por qué esa predilección?

Nuestras experiencias explican, en parte, el proceso. En ellas es fundamental conseguir una gran pasividad. Se persigue la anulación de las imágenes motoras. Con la disolución de tales imágenes, se pierde la noción de la realidad del brazo (en el protocolo antes citado, la enferma dice «las extremidades calientan»). Esta locución, gramaticalmente incorrecta, expresa con precisión la vivencia de *impersonalización* producida por la relajación). El brazo sigue existiendo. Sigue además apoyado sobre el plano que lo sustenta. Persiste pues, todo lo que es sensibilidad táctil. Sólo desaparece el movimiento. Desaparece la imagen motora y se produce la vivencia artificial de la amputación. La gnosis pura, la imagen mecánica, no basta,

como no basta en los casos citados la imagen óptica para anular la presencia el miembro fantasma. En estos casos de la literatura médica, la inferioridad de la imagen óptica es de tal suerte que la superposición del miembro fantasma y miembro real percibido ópticamente no se puede lograr. Si se coloca el miembro real en la posición del miembro fantasma, aquél se separa como espectro que huye.

Ahora deberíamos dar un paso más en el análisis de nuestra investigación. Con el brazo en absoluta relajación desaparece también la sensibilidad postural. ¿Hasta qué punto se trata, pues, de la desaparición de imágenes motoras o de imágenes posturales? En este caso, el análisis de la vivencia de la dehiscencia es imposible. Aun en el proceso fisiológico esta separación es también arbitraria. Cuando un enfermo se nos queja de que su mano está como paralizada, podemos notar, y no raramente, que él no hace ninguna diferencia entre alteración motora y sensible. Sólo nuestra investigación descubre para él, como para nosotros, si se trata de una o de otra cosa. O de ambas, simultáneamente. De ello debemos concluir que las dos clases de trastorno tienen algo de común para el enfermo. Y esto nos plantea la pregunta de qué es eso común y de si no tenemos motivos suficientes, para emprender una corrección de nuestra terminante separación entre funciones sensitivas y motoras.

11. INGRAVIDEZ Y ESPACIO PROPIO

Otra particularidad de la vivencia de relajación merece ser destacada. Es la sensación de *ingravidéz*, «de algo suspendido y flotante», que se tiene de la propia corporalidad. A veces existe como un rudimento de la viven-

cia de levitación. A nuestro juicio todas estas vivencias se reducen a un cambio en las relaciones del mundo exterior y del mundo corporal interior. La actitud, pasiva y concentrada al mismo tiempo, sobre sí mismo, o sobre una parte del cuerpo, produce esa anulación del mundo exterior. Entre nosotros, como cuerpo físico, y el espacio exterior objetivo existe como una especie de *atmósfera de unión*. Grünbaum habló de «el espacio propio». La acción motora (acción de presa) es como una exteriorización de la esfera del cuerpo.

Del esquema corporal, como fondo, se destaca esta figura de la acción. La acción queda cumplida, cuando la figura vuelve a sumarse al fondo. La mano es capaz de distinguir el espacio objetivo y el extraño del espacio propio. Las relaciones entre ambas pueden explicarse por la *subjetivación* del espacio objetivo. «Un auto cuyas bujías cuento pertenece con seguridad al espacio exterior. El mismo auto, cuando me siento en él y cruzo las calles, pertenece al espacio propio. Mi esquema corporal se halla así dilatado por las dimensiones del coche. Y así no necesito medir la dimensión del coche en relación con la anchura del camino, como no necesito medir la mía en relación con la puerta que atravieso».

La misma *subjetivación espacial* reciben los instrumentos que usa el hombre. Esta subjetivación permite al cirujano operar con maestría y al amputado crear el miembro fantasma. En nuestra investigación, la anulación de la diferencia entre el mundo exterior y el propio provoca la vivencia de la amputación. En el amputado aparece «la dificultad que tiene el individuo, *tanto fisiológica como psicológicamente*⁵ de aceptar su miembro acortado y la facultad que posee de alargar su miembro como de

⁵ Otra muestra del «Gestaltkreis» de Weizsäcker. Subrayado, mío.

usar instrumentos (Riddoch). Pötzl piensa en algo análogo cuando compara la aparición del miembro fantasma con la capacidad de regeneración morfológica de las amputaciones en los organismos inferiores. Como si la potencia, que allí mantiene la capacidad de regeneración, se desplazase a la posibilidad de generar un fantasma, allí donde no se puede regenerar un miembro.

Este desplazamiento, añadiría yo, no sería ajeno a la propia esencia del ser humano. *Porque el hombre tiene espacio interior es porque se distancia del mundo. Porque no se funde con él —como los animales— es por lo que es capaz de crear miembros fantasma.* Y es capaz de sentir la vivencia de amputación en esa forma fantasmal, al revés de lo que ocurre con el insecto, capaz, en cambio, de regenerar su pata perdida.

La vivencia de ingravidez que relatan nuestros sujetos de experiencia, se observa con frecuencia en los miembros fantasma. Cuando uno de ellos pasa del plano anterior del cuerpo al posterior, atraviesa el cuerpo, como los espectros las paredes. Una experiencia muy curiosa, que demuestra la transformación que sufre la vivencia de la *masa* de nuestro cuerpo, en determinadas condiciones, es la siguiente: los sujetos se limitaban a subir varias veces en los muy rápidos ascensores neoyorquinos; al ascender tenían la sensación de que las piernas eran más pesadas y la cabeza más ligera. Se experimentaban vivencias de alargamiento o acortamiento en las paradas. Bajo la influencia de movimientos verticales acaece una disociación de la imagen corporal, de tal suerte que parece que una parte del cuerpo se escapa. «La sustancia emanante es la portadora de la localización del yo» (Schilder).

Resulta curioso comparar estas sensaciones con las que los enfermos sometidos a electrochoques narraban. «Parece que se me escapa el alma.» Es decir, parece que hay

como una emanación de sustancia corporal. Se trata de excitaciones de origen vestibular, aparato encargado de orientarnos en el espacio. Aquí, más que en parte alguna del cuerpo, existe una equivalencia entre lo motor y lo sensitivo. El principio del *Gestaltkreis* ha hallado en este sector una de sus más brillantes demostraciones, prácticas y reales.

En el caso de nuestra investigación es difícil hallar una explicación de la vivencia de ingravidez de la imagen corporal. No existe una excitación vestibular, aunque es posible que una relajación o no excitación del mismo sea capaz de determinarla. Recuérdese la sensación de caerse en un pozo en pleno sueño o al irse a dormir. Probablemente interviene algún mecanismo parejo en estos casos, aunque, naturalmente, no es más que una hipótesis mía.

La posición horizontal determina una modificación en la vivencia del esquema corporal. Un caso de Christian tenía una alteración del esquema corporal por una lesión medular con paraplejía flácida. Las «piernas fantasma» aparecían en diversas posturas, alguna de las cuales recordaba la posición de las piernas al cabalgar (la lesión fue por caída de caballo). Pero las piernas fantasma eran como las de una muñeca: apéndices del cuerpo, no soportes del mismo, ni puntos de apoyo en el suelo. La posición de las piernas cambiaba según el desplazamiento del centro de gravedad del tronco. Recuerdo otro caso de Gallinek: un amputado de pierna llevaba prótesis. Cuando se apoyaba en la pierna artificial e inclinaba el tronco hacia delante, su pierna fantasma se colocaba detrás de la prótesis y viceversa. Este cambio de posición no favorece, lógicamente, el equilibrio. La referencia no está ya en el suelo, sino en el cuerpo. Como las piernas de las marionetas.

La combinación de la posición horizontal, con el papel especial de las extremidades en la creación del *espacio propio*, determina seguramente el que en nuestra investigación el fenómeno observado sea el de la amputación de las extremidades. Y de ellas, son las manos —las más potentes creadoras de espacio propio— las que antes desaparecen.

Finalmente, quisiera dedicar algunas palabras *al estado de la conciencia*. Es indudable que los trastornos de la conciencia, por ligeros que sean, tienen influencia y decisión en la aparición del fenómeno. Ahora bien, reducir todo el problema de las alteraciones del esquema corporal a aquéllos es para mí un error. La fase de transición entre el sueño y vigilia es especialmente favorable a la aparición de errores en la imagen corporal. Cualquier sujeto ha de tener multitud de experiencias de esta clase, a poco que se observe. Las imágenes son más frecuentes en el momento de dormir que en el despertar, dato sobre el que no han llamado demasiado la atención los autores. La razón de tal prevalencia está, a mi modo de ver, en que en el despertar se disocian con mayor facilidad los mecanismos del sueño (estado de la conciencia, relajación muscular, etc.) que en el dormirse. Pero reducir el fenómeno a un simple oscurecimiento mayor o menor de la conciencia es para mí totalmente erróneo. Más bien se trata de un complejo mecanismo, capaz de escisiones internas, con reacciones mutuas entre las partes escindidas.

III

GEOGRAFÍA DE LOS SÍNTOMAS

1. LAS DOS MITADES DEL CUERPO

La distribución de los síntomas tiene mucho interés. Podría hablarse de «geografía de los síntomas», especialmente en los síntomas histéricos. Hay que pensar que en esta enfermedad se despliegan, normal o patológicamente, mecanismos de expresión no habituales. Y la expresión psíquica, si bien se halla difundida por toda la corporalidad, tiene su topografía.

Los hechos confirman tal presunción teórica. Puede observarse que los temblores histéricos predominan —o son exclusivos— en el lado derecho del cuerpo. Las parálisis histéricas, en cambio, asientan en el izquierdo. Es más, cuando se ve una parálisis de la pierna derecha, se observa entonces que ésta se hace más en tensión que la de la izquierda. El temblor de la cabeza se hace siempre como si ésta se moviera en sentido denegatorio.

Cuando se supone que intervienen mecanismos voluntarios, la explicación es sencilla. Basta con que se repare en la propia experiencia individual, por la que se ve que es más fácil negar con movimientos continuos de cabeza,

que afirmar. La afirmación parece un acto más energético que la negación. Ésta se hace con tanta facilidad como se baja una pendiente. La negación del histérico es, además, una negación *protectora*. Se niega una situación. No quiere tenerse noticia de ella. De ahí la terquedad defensiva del organismo a realizarla.

También es más fácil inervar voluntariamente el brazo derecho que el izquierdo. Tiene que admitirse, en el hombre habitualmente diestro, un predominio energético del hemisferio cerebral izquierdo. Los músculos están más desarrollados, son capaces de mayor rendimiento físico en el lado derecho. Es lógico pensar, y la experiencia lo confirma, que un mecanismo expresivo de esta clase, estará a la disposición del histérico más en el lado derecho que en el izquierdo. Tanto es así, que los temblores que se ven exclusivos o predominantes del lado izquierdo acaecen en zurdos.

Pero estas razones no bastan. ¿Por qué las parálisis flácidas son más frecuentes en el lado izquierdo? Hemos visto que no en todos los fenómenos histéricos podemos suponer la intervención de mecanismos voluntarios, siquiera procedan de un tipo de voluntad degradada. Existen unos fenómenos histéricos que no son más que reacciones biológicas, en sentido puro. La reacción de «sobrecogimiento» pertenece a estos últimos y es un modo de expresión del yo instintivo. En cambio, la reacción de «sobresalto» supone ya la iniciación temblorosa e insegura del «yo consciente o racional». *La mitad izquierda del cuerpo está más en relación con el yo instintivo y la mitad derecha lo está más con el yo racional, noético.*

Es este un postulado fisionómico de tan enorme porte, que no podemos desarrollarlo en estas páginas. Sin embargo bueno será dedicarle unas líneas en este capítu-

lo. Meynert decía que la fuente primaria del juego mímico estaba constituida por los movimientos reflejos. La secundaria, por las asociaciones mentales. La asociación de movimientos expresivos es ya un proceso, hasta cierto punto consciente, puesto que se realiza en virtud de la voluntad de obtener un determinado efecto sobre los circunstantes.

Estas dos corrientes expresivas, la instintiva y la consciente, no se reparten por igual en ambas mitades de la cara y del cuerpo. Contemple el lector con atención, si tiene alguna duda, fotografías de conocidos suyos hechas de frente, o entreténgase en el pasatiempo fotográfico que consiste en obtener imágenes compuestas por la duplicación de las dos mitades, izquierda o derecha, de la cara. La disimilitud obtenida es extraordinariamente llamativa¹.

Es muy curioso que tal disimilitud entre la cara diestra y la siniestra sea menos perceptible en el niño que en el adulto. Y es que en el niño casi toda su persona es instintiva, *persona profunda* en el sentido de Kraus y sólo se le sobreañaden los tenues amaneceres de la persona cortical. A medida que ésta se desarrolla y toma dominio del ser total, la disimilitud es mayor. El desarrollo se hace correlativamente con el crecimiento energético, por así decirlo, del cerebro.

La mitad derecha del cuerpo, y especialmente de la cara, *expresa preponderantemente la persona cortical* o consciente. La más activa y energética. En cambio, la mitad izquierda nos trae a la superficie ecos de la vida instintiva, de las capas conocidas de la persona profunda. Tan es así que incluso se sospecha que, en el lenguaje, la parte que supone expresión del acto intelectual depende del lado izquierdo, en tanto que sus elementos emotivos

¹ Véase mi trabajo *Solana, existencialista carpetovetónico*, en *Rasgos neuróticos*, Madrid, Ed. Cultura Hispánica, 1964 y 1970.

están pilotados por el hemisferio derecho (supuesto, naturalmente, un hombre diestro).

El grado de disimilitud de ambas mitades o de predominio de una de ellas no es el mismo en la mujer que en el hombre, ni en los distintos tipos de hombres. La mitad izquierda de la cara está en la mujer más llena de instinto y emoción que en el hombre. En cambio, la mitad derecha del varón aparece más transida de razón y actividad.

Incluso en la constitución anatómica aparecen rasgos notables. Cuando ocurre en el varón un engrosamiento de la glándula mamaria, siempre es mucho más aparente en el lado derecho que en el izquierdo. Análogamente en la mujer la mama izquierda suele ser mayor que la derecha. Inversamente la ausencia o desarrollo deficitario de la glándula mamaria es más frecuente en la derecha que en la izquierda.

Los pensadores románticos hablaban de la mitad masculina y femenina del cuerpo. En algunas representaciones del andrógino, procedente de la alquimia medieval, se ve una figura con la mitad derecha del cuerpo masculina y la mitad izquierda femenina.

Según el viejo mito platónico del andrógino, referido en el *Symposio*, existían unos seres que eran, simultáneamente, hombre y mujer. La figura resultaba monstruosa y su fuerza también: dos caras, una de un hombre y otra de una mujer, miraban en direcciones opuestas. Cuatro orejas, cuatro brazos, cuatro piernas y doble «todo lo demás» que puede suponerse. La fortaleza era tanta que Júpiter decidió debilitarla, partiendo al Andrógino en dos como se parte una fruta. De estas dos mitades incompletas proceden, según el mito, los dos sexos. Y así andan buscándose el uno al otro, para de nuevo lograr su unidad y con ella curar al ser de su inferioridad nativa.

Las diferencias entre los dos sexos se revelan en todos los planos, desde los biológicos hasta los espirituales. Por ejemplo, aparecen en el modo de abrocharse los botones (de derecha a izquierda las mujeres y de izquierda a derecha los hombres). Yo no creo en las diversas explicaciones apoyadas en las costumbres, que se han dado a estas diferencias. Por ejemplo, que el hombre llevaba la espada a la izquierda y le fuese más cómodo abrochar de esa manera sus trajes. O que a la mujer le resultase mejor el inverso modo de abotonar, en relación con la maniobra de descubrirse el pecho para alimentar al niño.

No. Creo que el sentir cómoda la acción de derecha e izquierda es tan radical en la estructura del ser humano, como la manera de tirar las piedras o el modo de participar en la génesis de los hijos.

En numerosos rasgos de la conducta del hombre y de la mujer vemos las diferencias. Cuando un niño tira una piedra, su brazo se dispara vigorosamente del cuerpo, como si quisiera enajenarse con la piedra misma. La niña en cambio, lanza la piedra como si algo sujetase su brazo a su eje personal. En cualquier manifestación viril vemos agresividad, combatividad, interés dirigido al exterior, apetencia por los datos físicos y científicos, sed de aventuras. En la mujer vemos serenidad, compasión, ternura, interés por la casa, por las artes dramáticas, etc.

Existe una observación de Janet, publicada en 1889, en la que se contienen unos datos interesantes sobre estos problemas. Janet trata de averiguar si existe una relación entre la presentación de una afasia y mutismo o sordera verbal en los histéricos, con los accidentes paralíticos y los trastornos de la sensibilidad del lado derecho del cuerpo. (Una afasia orgánica en los diestros en una lesión del hemisferio izquierdo va acompañada —o puede irlo— de una hemiplejía contralateral derecha). A propósito de este

problema, tal y como él se lo plantea, recoge el dato interesante de Briquet según el cual las anestias histéricas eran mucho más frecuentes en el lado izquierdo. Hay tres anestias del lado izquierdo por cada una del lado derecho. A Janet la cifra le parece excesiva y se inclina por aceptar la proporción de tres anestias del lado izquierdo por dos del derecho. Revisa la distribución de la sintomatología y encuentra que hay una cierta relación entre la presencia de trastornos del lenguaje y la localización de los accidentes histéricos a derecha y a izquierda. Así, por ejemplo, en enfermos que presentan accidentes histéricos en los dos lados del cuerpo encuentra un 9 por 100 de accidentes de lenguaje. Al contrario, en un grupo en el que contiene sólo histerias izquierdas, encuentra un 2,7 por 100 de trastornos del lenguaje y en el tercer grupo, en el que hay histerias derechas, encuentra un 22,5 por 100. La diferencia parece característica.

Cito sólo los casos anteriores *para dejar constancia de esta diferencia en la distribución de los síntomas en el lado derecho e izquierdo del cuerpo*. La estadística de Janet sería más instructiva, en relación con mis puntos de vista, si no fuera porque en la distribución de los síntomas, tanto en un lado como en el otro, empareja los síntomas motores, como el temblor o las parálisis, y los síntomas sensitivos, como las anestias, sin distinguir la significación de actividad o pasividad que tratamos de asignarles. De todos modos bueno será llamar la atención acerca de que en los trastornos del lenguaje que se presentan con más frecuencia en las parálisis del lado derecho, no se trata de afasias, sino de polipneas, risas, toses, hipos, etc., síntomas todos ellos que suponen una cierta actividad y que pertenecen al plano de lo que podríamos llamar síntomas activos de la enfermedad.

Muchas experiencias demuestran que las anestias hísticas se presentan más frecuentemente en el lado izquierdo. En los sanos, también el lado izquierdo es menos sensible que el derecho, según se ha podido poner de manifiesto en minuciosas y delicadas exploraciones de la sensibilidad. Debemos tratar ahora de encontrar una explicación a esa prevalencia de la aparición de unos síntomas en el lado izquierdo o derecho del cuerpo.

En la reacción de conversión hay dos fragmentos, uno vegetativo y otro sensomotor, de carácter simbólico y que afectan a la inervación voluntaria. En el primer caso los síntomas se deberían a una acentuación y una fijación del correlativo vegetativo de la emoción provocadora. La respuesta se hallaría, por tanto, prefijada. Pues bien, también esto ocurre en la vertiente sensomotora. En el estudio que hizo Freud sobre el diagnóstico diferencial entre las parálisis orgánicas y las hísticas dice: «Con Janet afirmamos que en las parálisis hísticas, como en las anestias, la concepción popular de los órganos es la que entra en juego. Esta concepción no se funda en ningún conocimiento profundo de la anatomía nerviosa, sino en nuestras percepciones táctiles, sobre todo, visuales. Si tal concepción es la que determina los caracteres de la parálisis hística esta última deberá mostrarse ajena a toda noción de la anatomía del sistema nervioso e independiente de ella. La lesión de la parálisis hística será, pues, una alteración de la *concepción o idea* del brazo».

2. PAUTAS VEGETATIVAS

La realidad es que lo mismo que existen *pautas vegetativas* de la expresión emocional, también las hay de la conversión sensomotora. Estas pautas no se hallan dibu-

jadas por la idea vulgar del cuerpo o de sus funciones, sino por su propia significación. Lo que interviene en la reacción de conversión no es el esquema corporal vulgar o popular, sino la corporalidad como vivencia o significación. «Tenemos nuestro cuerpo y somos nuestro cuerpo». De esta conjunción del tener y del ser nace el sentido o significación de la corporalidad. Por eso hay zonas de la misma más próximas y otras más lejanas al psiquismo. La lejanía o la proximidad derivan de lo que significan para uno mismo. La significación nace no de una idea, sino de *la vivencia del cuerpo*.

En mi libro sobre las neurosis de guerra recogía la experiencia de la Guerra Civil Española y esbocé una interpretación de este hecho. A mi modo de ver la pauta podría formularse así: en la sintomatología histérica hay dos radicales biológicos descritos por Kretschmer: «reflejo de inmovilización cadavérica» y «tempestad de movimientos», y que yo llamé «reacción de sobrecogimiento» y «reacción de sobresalto». Sobre estos radicales se montan el gran ataque y el estupor histérico, pero también sus equivalentes, como el temblor y las contracturas y las parálisis flácidas y anestias.

Pues bien, podría formularse la siguiente pauta general: *los síntomas equivalentes a la reacción de sobresalto (tempestad de movimientos) se localizan en el lado derecho del cuerpo y los de la serie de reacción de sobrecogimiento (reflejo de inmovilización cadavérica), en la mitad izquierda*. Ambos hemicuerpos no tienen la misma significación para el hombre. *La mitad derecha es la activa, la izquierda es la pasiva*. Ambas pautas poseen un evidente anclaje biológico. En su forma inicial son análogas a las dos manifestaciones de la dinámica vegetativa, la trofotropía o histotropía y la ergotropía.

La asimetría corporal —derecha e izquierda— está en relación con el problema de la intencionalidad, decíamos más arriba. Brentano, reavivando la tradición aristotélica, definió los fenómenos psíquicos como intencionales. Tal intencionalidad se halla como elemento constitutivo del cuerpo humano, según lo demuestran las numerosas experiencias en el campo de la percepción sensorial y del esquema corporal.

En la constitución de la sintomatología histérica hay, por un lado, expresión de una tendencia a la *evasión* de la situación traumatizante. Esta se expresa preferentemente por la somatización en el lado derecho del cuerpo. Otros síntomas significan *entrega* y se somatizan en el lado izquierdo del cuerpo. Esta pauta expresiva es tan esencial e independiente de las vicisitudes históricas que puede comprobarse tanto en los dibujos de Richter en la iconografía del Hospital de la Salpêtrière, como en la distribución de las anestias en los diagramas de Pitres o en los pocos enfermos que en nuestros días presentan reacciones de este tipo. Y si a veces la pauta se quiebra es porque se halla también quebrada la derecha e izquierda del enfermo. (Zurdos latentes.)

Babinski describió la anosognosia en dos hemiplejías izquierdas. Los enfermos ignoraban su parálisis. Otros muchos casos se han descrito desde entonces, pero apenas hay uno seguro de anosognosia derecha. Gerstmann, que persiguió ahincadamente el problema, se preguntaba por qué una lesión en el hemisferio izquierdo producía una agnosia digital y una lesión en el lugar correspondiente del hemisferio derecho producía una anosognosia. A Critchley le llama la atención que exista una orientación derecha-izquierda, pero que deje intacta la orientación en los planos verticales y sagitales. *Como si la orientación derecha-izquierda fuese especialmente vulnerable. Y para mí lo es.*

Strauss llama recientemente la atención sobre la diversa ordenación antropológica de la orientación derecha o izquierda. Al andar o al descender, al marchar adelante o atrás, ponemos en juego nuestras relaciones con el espacio. En cambio, al girar hacia la derecha o la izquierda es *la relación de nuestro cuerpo mismo la que entra en juego*. No nos volvemos a la derecha o a la izquierda, sino de derecha a izquierda. El movimiento tiene que ver, no con el esquema corporal en el sentido empleado por los neurólogos, *sino con la corporalidad*, con el cuerpo animado. Y la corporalidad, precisamente por ser animada, tiene un carácter intencional. De ahí nace la dominación de un hemicuerpo sobre el otro.

Lo diestro es lo recto, lo izquierdo es lo turbio, lo abismal. Babinski se preguntaba: «¿Es real la anosognosia?» Su pregunta quería decir si era de origen orgánico. Y se inclinó por una respuesta afirmativa que ha sido confirmada por Gerstmann, Schilder y tantos otros investigadores. En los últimos tiempos se han intentado explicaciones psicodinámicas del hecho (Weinstein y Kahn) a propósito de estos casos de la reacción de negación. Se ignora la existencia de la hemiplejía izquierda, como se ignora una operación central realizada unos años antes. O un complejo.

Strauss insiste en el carácter motor de nuestra experiencia de la corporalidad. Lo que está quieto, paralítico, no se siente o no se cuenta conscientemente con ello. Este desvanecimiento de la imagen de la corporalidad, corresponde al lado izquierdo del cuerpo, como si fuese un fondo, en contraste con la figura que domina todo el movimiento. *Vemos pues aquí una confluencia entre la organodinamia y la psicodinamia basada en aquello que podríamos llamar arquetipos de la personalidad*. Si existen «organizadores» de la morfología corporal, no es extraño que existan esos arquetipos de la experiencia de la corporalidad.

3. LOS SENTIDOS EN LA CORPORALIDAD

Existe en los sentidos una jerarquización: hay sentidos del horizonte cercano y lejano —próximos y remotos—. El gusto y el olfato pertenecen claramente a los primeros, en tanto que la vista y el oído son del segundo tipo. La distinción no es, naturalmente, sustancial. Por el contrario se observan formas de tránsito de uno a otro. El sentido vibratorio, ligado al principio a sensibilidades elementales, se transforma después en sentido auditivo. Los sentidos gustativo y olfativo tampoco pueden ponerse en la misma línea. Ambos son como modalidades del sentido químico, pero el gustativo necesita del contacto inmediato con las sustancias y el olfativo actúa a una cierta distancia.

Quizá porque como europeos hemos venido al mundo envueltos en luces mediterráneas y helénicas, lo cierto es que nuestro crecimiento y desarrollo intelectual se montan sobre el sentido de la vista. Podríamos afirmar que nuestra civilización es mucho más visual que táctil.

Los sentidos remotos nos permiten percibir la lejanía, pero al mismo tiempo establecen una distancia entre el hombre y las cosas que le rodean. Lo que está demasiado próximo no puede verse. La distancia es la raíz del conocimiento intelectual. Si se puede conocer el mundo es porque el hombre puede erguirse frente a él. La posición erecta, los ojos en el plano anterior de la cabeza, son elementos de esa peculiar relación del hombre con el mundo, que culmina en las operaciones intelectuales del hombre occidental.

Esta misma actitud distanciadora y discriminadora es la que revierte sobre nosotros mismos, en la idea que nos hacemos de la vida de los sentidos. El ver, el oír, el tocar

son, en nuestra habitual concepción, absolutamente independientes unos de otros. Nos olvidamos en esa actitud analizadora, de lo que es la verdad más radical de la vida humana: *la de su unidad*. En cualquier acto humano está *todo* el hombre, con su pasado y sus posibilidades futuras. No somos instantes físicos, sino momentos históricos. En el acto de ver se encuentra implícita la presencia de las otras percepciones sensoriales. *Por eso no sólo vemos, sino que miramos*. Mirar es, por una parte contactar y por otra buscar más incisivamente un sentido. Por eso la mirada puede ser dura o blanda, fría o caliente. Es decir, tener hincado en su propia médula ese modo de contactar que creemos exclusivo del tacto.

El mirar, como cualquier otra actividad humana, es un acto que nos trasciende. ¡Qué hondos misterios envuelven al hombre! Helo aquí, con su figura física recortada, como la de un cuerpo sólido. Y, sin embargo, envuelto en una aureola indefinida, móvil, proyectable y retráctil, como provista de unos pseudópodos etéreos.

Si hacemos una fotografía de un objeto el proceso físico es sencillo: los rayos luminosos emanantes, por reflexión, del objeto penetran a través del objetivo y arañan la superficie de la placa fotográfica. Pero el mirar es, esencialmente, una operación distinta. Una concepción ingenua y positivista del hombre intenta hacernos creer que nuestro aparato visual se comporta como una máquina fotográfica. La verdad es, precisamente, lo contrario.

Al mirar, el ser sale de sí mismo, se extraña, se aleja e incluso se enajena. De ahí la importancia de la mirada en el mundo de la locura. La mirada es como una irradiación psicológica, que parte de nosotros y se posa sobre lo que nos interesa. No son las cosas las que nos contactan, sino nosotros los que contactamos con las cosas. Por eso cada cual vive envuelto en su mundo peculiar, original y prima-

rio. El mundo que nos envuelve es misterioso e inagotable, más que las estrellas del cielo y las arenas del mar. Así es el hombre mismo.

Además, esa frontera inmediata e inconsútil no es una nota, ni un matiz, sino una estructura, un modo de estar en el mundo. Decir esta frase ya parece un tópico, pero aunque así sea, resulta para mí, en este lugar, un tópico inesquivable. El mundo nos aparece organizado merced a la existencia de eso que llamamos forma. Las formas más puras, en el plano sensorial son las visuales. La vida del pensamiento está cuajada de esquemas visuales. La sinopsis es una operación mental montada sobre el esquema de una operación visual. Las formas constituyen el subsuelo común sobre el que florece toda la vida de los sentidos. Hay formas visuales, sonoras, táctiles, etc. Pero *la versión de las formas es distinta en cada sentido.*

¿Tiene un olor la misma base formal que un sonido o un color? El tacto tiene su propio principio formal. Pertenecce a un mundo sin perspectiva, con una continuidad que está en trance de desintegración, porque está corroída por el gusano del tiempo. El tacto no es simultáneo como la vista, sino sucesivo. El golpe de vista constituye una perspectiva. El golpe, a secas, del tacto lleva un germen de destrucción y de aniquilamiento. El tacto carece de la pureza intemporal de la vista. En su sucesión temporal nos muestra la carroña que fluye de la temporalidad. El tacto inmoviliza, pero no idealiza.

La esfera táctil está próxima a la de la náusea. La actividad de los sentidos se halla ligada a la presencia de las emociones. Más exactamente, se halla ligada a los estados de ánimo. Estar en el mundo significa experimentar un estado de ánimo. Hay dos designaciones genéricas: bienestar y malestar. Cada una de ellas se desdobra en esferas

significativas más hondas y perforantes, como lo son la náusea, el tedio, la angustia.

4. JERARQUIZACIÓN DE LOS SENTIDOS

Esta idea jerárquica o genealógica de los sentidos a la que hemos aludido, fue esbozada por Edinger en el año 1900, ligándola a la evolución morfológica del cerebro. En los reptiles sólo existen esbozos de un neopalio; se distinguen de los mamíferos y de los pájaros porque dependen, térmicamente del medio ambiente, de tal suerte que con el enfriamiento colosal de la tierra en la época secundaria desapareció casi toda la fauna de reptiles. La conquista de la independencia térmica se logró por el predominio progresivo de los sentidos objetivos, sobre los sentidos que reflejaban las necesidades perentorias (gusto, olfato). Cuando dominan éstos, la vida se reduce a ser vegetativa. El despliegue energético de los otros se liga, en cambio, al desarrollo de la individualidad. El ser se convierte en sujeto distinto frente al objeto. Por trances análogos se va constituyendo la individualidad. El hombre se yergue alejando su cabeza de la tierra, al mismo tiempo que aparece el espíritu en él. Es como un polo superior alrededor del cual se va a centrar, en el futuro, un caudal considerable de vida. Pradines se mueve en análogo mundo de ideas y establece una distinción cualitativa entre la planta, puro ser vegetativo ligado al suelo donde radica y el animal que, por su capacidad de movimiento, se libera de esta proximidad nutritiva.

Con referencia a la reacción histórica, tras la crisis primera que la determina, quedan como anuladas aquellas funciones sensoriales que como la vista y el oído, representan estratos de la esfera cortical. El ser humano, en su más

genuina reacción histérica, se reduce a su ello vegetativo y profundo. Queda desmayado, sobrecogido, paralizado, *ligado al lugar*. Como un vegetal. Se diafragman sus ventanas auditivas y visuales. Su horizonte lejano se concentra y reduce a un horizonte próximo. Más ligado a sí, en el cual resulta fácil mantener, con menor riesgo, la mínima seguridad vital.

En los gemelos univitelinos, el que corresponde a la mitad derecha del cuerpo es el conductor y el de la mitad izquierda el conducido.

Por eso en la primera fase biológica de la reacción histérica —«sobrecogimiento»— responde con mayor vigor la mitad izquierda del cuerpo, o, por mejor decir, ésta expresa claramente lo que ocurre en el sujeto. Además, la reacción es paralítica, flácida, inactiva. La pierna más bien se arrastra. Por el contrario en la segunda fase de «sobresalto» son los mecanismos de la persona cortical los que funcionan. Predomina el lado derecho. Se trata no de una defensa, sino de una actuación expresada con temblor o parálisis con tensiones musculares.

5. CORPORALIDAD, TEMPORALIDAD, AUTORREFLEXIÓN

La vivencia de la corporalidad muestra la misma estructura que la vida humana. Plessner habla de la posición *excéntrica* y *concéntrica* del yo con respecto al cuerpo humano. Marcel, del *haber* y del *tener*, etc. Pero, esa misma estructura es la que ofrece la vida humana en general. El hombre está en un lugar determinado temporal y geográficamente —el aquí y el ahora—. En esto, coincide con los animales. Incluso el paralelismo es mayor aún: el hombre está en lo que hace. También podríamos aceptar que el animal está en lo que hace, por ejemplo, en la

presa que persigue. Donde aparece la diferencia es en el punto siguiente. Supongamos, dice Zutt, que nos encontramos con dos amigos hablando en una habitación. El perro está allí. Hay una cierta estructura situacional común a los tres. Pero algo puede hacer el hombre que el animal no puede hacer: sin cambiar de lugar, ver la situación desde afuera. Este revolverse, reflexionar sobre su propio cuerpo, y, por tanto, sobre sí mismo y su propia vida en el plano animal, es propio del hombre.

Así se adquiere una perspectiva. La posibilidad de las diversas perspectivas nos permite condensarlas, posteriormente, en una sola. De nuestro cuerpo tenemos una experiencia y también una idea. El lenguaje contribuye a fijar las ideas. Para ello es necesario poder ejercer esa posibilidad de tomar distancia del cuerpo. En definitiva de tomarlo como instrumento. En el hipocondriaco, como decía más arriba, por el contrario, la presencia del cuerpo invade el plano de la vida noética. La posibilidad de autorreflexión se convierte en el imperativo de autorreflexión. Algo análogo ocurre en el obsesivo.

El cuerpo —dice Zutt— por un lado *se nos aparece, se manifiesta*. Esta manifestación se halla en relación con la motilidad voluntaria. Por otro lado, *el cuerpo nos soporta*. Como soporte, el cuerpo no pertenece al reino de lo voluntario, aunque lo determine como una estructura anterior. El cuerpo, como soporte, es lo que podríamos llamar *los estados de la corporalidad*: instintos, humores, afectos. En ellos se encierra una condición de la conducta que se incluye en el capítulo de las necesidades. El hambre no es un estado corporal que se acompaña de un estado psíquico especial, sino que nosotros estamos hambrientos, *somos cuerpo hambriento*. El hambre no es un estado que nos lleva a un restaurante o a la cocina de casa, sino un estado que exige ser apagado y, por lo

tanto, determina una conducta. «El cansancio nos lleva a dormir por la noche, el despertar nos lleva a la actividad de día, el hambre es lo que nos alimenta; la frescura, lo que nos empuja a diversas empresas» (Zutt).

Hay una angustia reactiva ante la enfermedad orgánica, que es global, difusa. Más bien deberíamos hablar, en este caso, de un «temor angustioso». Esa angustia que se desintegra en síntomas *no es reactiva*, sino que nace con los síntomas mismos. Es un estado del yo corporal o corporalidad. El análisis de la vivencia se pone más de manifiesto en el análisis de su estructura interna. En ella están *alterados los ingredientes espacio-temporales*. Con respecto al tiempo es evidente. Los enfermos distinguen entre dolor angustioso y aquel que procede de una lesión orgánica. Siempre me ha llamado la atención una expresión que acude con frecuencia al habla de los enfermos, cuando se trata de describir una molestia, que sienten en el epigastrio o en la cabeza, molestia que, en el fondo, no es más que experiencia angustiosa localizada: «Es como un *dolor lento*», dicen. El «como si», que con tanta frecuencia utilizan, alude a la dificultad de describir la vivencia. El calificativo de «lento» nos transmite la experiencia íntima de un *trastorno de la temporalidad*, como tiempo vivido.

En la melancolía hay un trastorno de la temporalidad, como un trastorno del «devenir» (Von Gebattel), del avance vital. Así formulado, parece un trastorno no vivenciable u oscuramente vivenciable. Vivenciable es, en cambio, la alteración de la temporalidad cuando el melancólico ve el nuevo día como un «día sin fin». Las fronteras entre lo vivenciable y lo no vivenciable, no son siempre fáciles de establecer. Cuando el enfermo —a lo mejor un campesino elemental— nos habla del «dolor lento», alude a algo que ocurre dentro de él y que él distingue clara-

mente de las otras formas de dolor; está en relación con la *temporalidad pática*.

En otras ocasiones, los enfermos hablan de un dolor o de una sensación que «corre». La transposición espacial de ese correr es imposible. Si el médico les obliga a precisar ¿por dónde corre?, el enfermo llega a veces a señalar su trayecto. Pero en otras, le resulta absolutamente imposible. O el trayecto señalado es tan insatisfactorio que el enfermo se siente la necesidad de rectificarlo dada su inseguridad. Es que en ese «correr», se alude no a un trayecto, o sea, a un trastorno objetivable espacialmente, sino a un correr íntimo como expresión de la estructura temporal de toda vivencia. A veces la percepción de la vivencia es más clara, sobre todo si es difusa y global: es como una «aceleración interior», dicen los enfermos. El «microanálisis fenoménico» de estos síntomas neuróticos nos muestra en cada uno, el trastorno fundamental del *estar* en el cual consiste toda neurosis.

Cuando la vivencia de la corporalidad se altera, aparece como un nuevo espacio interior, en el que se localizan los síntomas. Es un enriquecimiento patológico de las relaciones espaciales del enfermo. Son muy conocidos los esquemas de localizaciones motoras en la circunvolución precentral. La representación de la mano es monstruosa, con respecto a las otras partes del cuerpo, porque la mano, como centro de acción, es más rico y múltiple que ellas. Algo análogo —sólo análogo— podríamos decir con respecto a esta experiencia del *intracuerpo patológico*. En el lugar donde se concreta el síntoma se concentra, no sólo la atención del enfermo, sino su espacio vital. Los psicoanalistas hablan del «narcisismo» como si el sujeto estuviese enamorado de su propio cuerpo. No es una relación de amor, sino de temor o de dominio. La *gravedad* del cuerpo, la *gravedad* de la existencia como

algo ligado íntimamente a la corporalidad, reduce el espacio vital del enfermo a ese espacio interior de la corporalidad, poblado por la vibración de la enfermedad.

6. LA «PHYSIS»

En páginas anteriores hemos hecho, indudablemente, demasiado hincapié en la distinción entre cuerpo como realidad objetiva y corporalidad como experiencia subjetiva. Entre intracuerpo y extracuerpo. Pero no quisiéramos dejar de insistir sobre un hecho esencial que llama la atención. La palabra «corporalidad» significa «calidad de corporal». En el caso del hombre, calidad de «cuerpo vivido». Calidad de «cuerpo animado». Ya hemos visto que, por una parte, existen los sentimientos vitales como experiencias subjetivas o estados del yo, y, por otra parte, existe la *vitalidad*, como fuerza o realidad vital. La misma palabra «ánimo» muestra esta dualidad significativa: por una parte tenemos los estados de ánimo, como algo pasivo. Y por otra tenemos ánimo, como algo activo, que encuentra su fuente en sí mismo y se dirige al exterior.

Repetidas veces he insistido en el carácter del cuerpo como *presencia*. El vocablo «presencia» también puede subrayar los aspectos pasivos del mismo, pero llevan implícitos también los aspectos activos. Toda presencia modifica la situación en que se produce. Heidegger ha vuelto a introducir el viejo sentido de la palabra griega «physis», como naturaleza y no sólo fuerza. El ser se manifiesta como physis. Para los griegos antiguos el acontecer no estaba determinado por el reino del pensamiento sólo, sino junto con las fuerzas de la naturaleza, como ocurre con las olas del mar. «Physis» es la palabra para expresar ésta actividad del ser. *La presencia está definida*

por una unidad entre la sensación, la acción y la comunicación. Así es cómo el ser se manifiesta abierto al mundo y logra crear un mundo humano en su entorno. Por tanto, es una *presencia*, y como tal presencia, debe ser mirada también como vivencia estética.

SEGUNDA PARTE

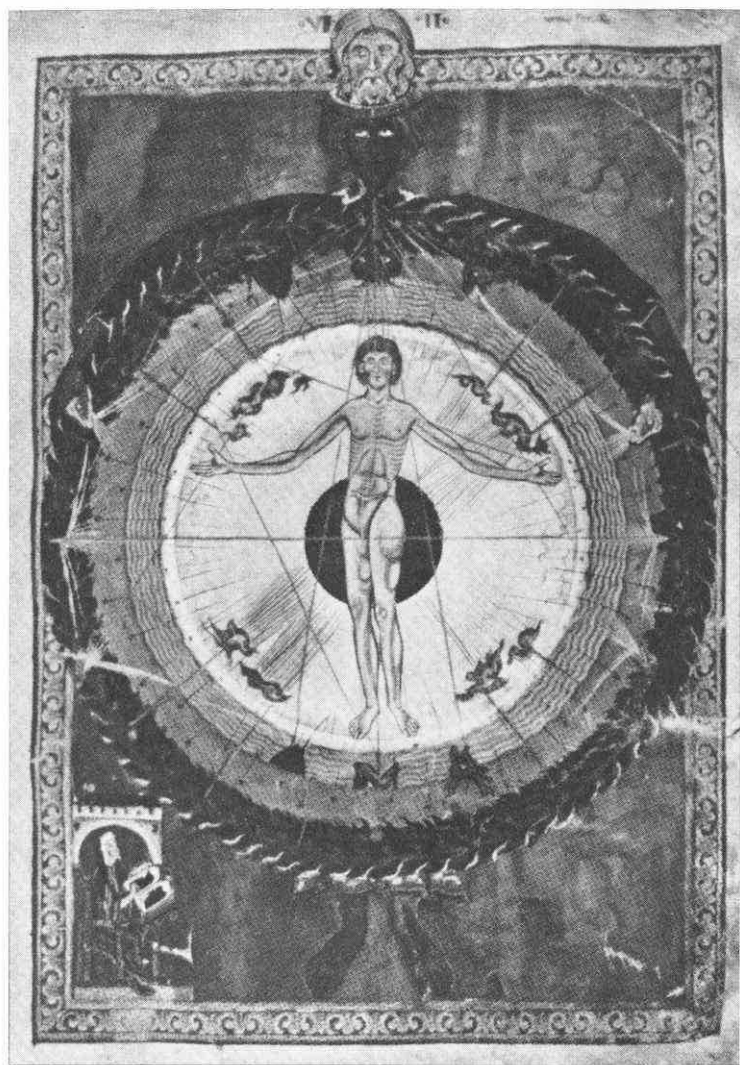
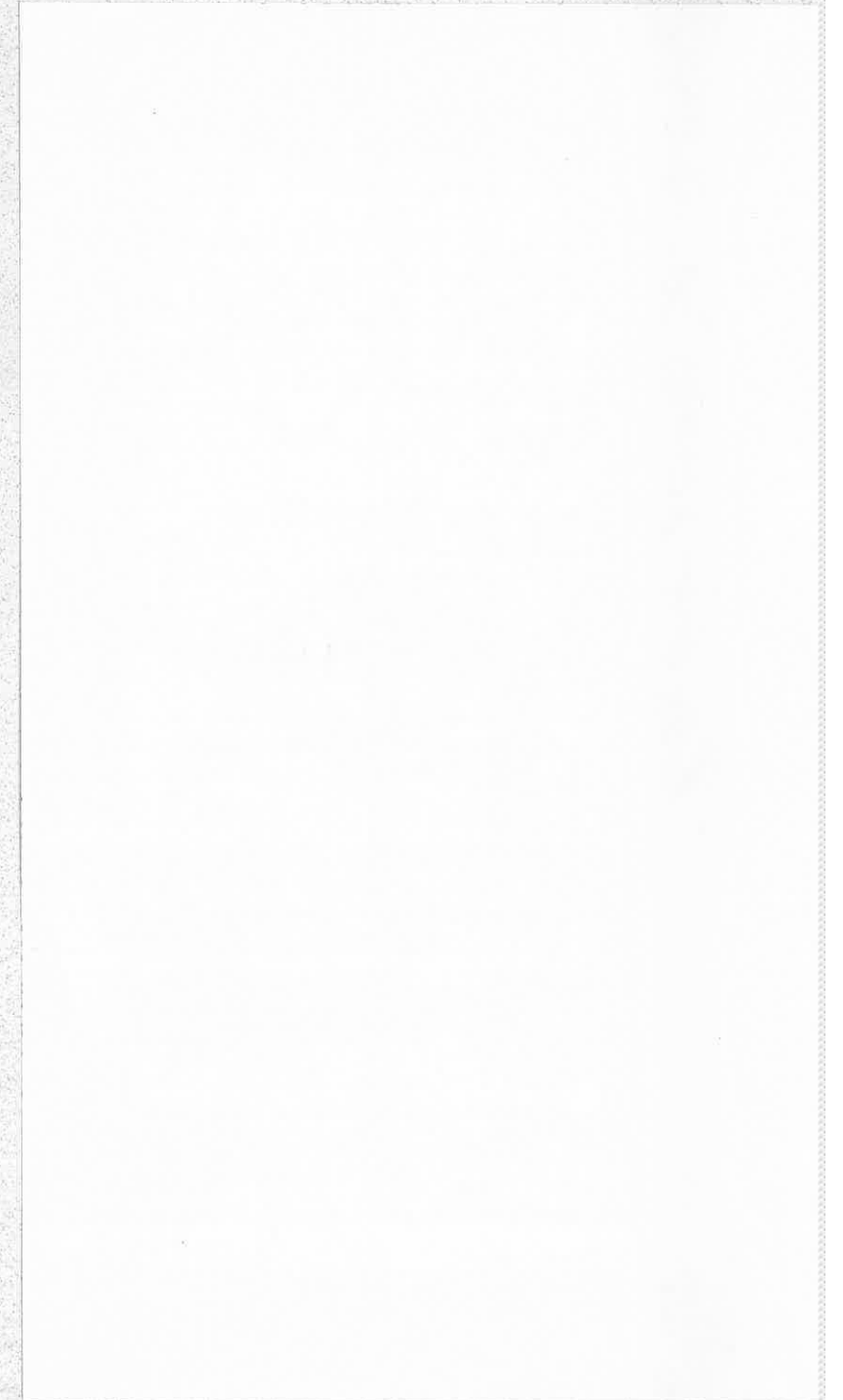


LÁMINA 2. EL HOMBRE CÓSMICO

(Ilustración del *Liber Divinorum Operum*, de Hildegarda de Bingen)

El hombre ocupa el lugar central de la creación, y está en relación íntima con sus elementos.

A Cristina.



INTRODUCCIÓN

Recojo en estas páginas dos trabajos míos. El primero, fue mi Lección Magistral en unas oposiciones de Profesor Agregado de Psicología Médica y de Psiquiatría. El segundo, una conferencia pronunciada en Stuttgart en el servicio del Prof. U. Spiegelberg. Ambos se complementan por lo que tiene uno de introducción y fundamento y el otro de aplicación práctica al estudio de un problema, grave, en ocasiones trágico, y sobre todo muy difícil de interpretar y resolver en la práctica. El texto apenas lo he modificado de lo que fue su primera versión, aunque tanto la lección como la conferencia no fueron más que un resumen de lo que hoy traigo a la atención del lector.

El sistema de oposiciones para el acceso a los puestos más elevados del profesorado universitario tiene, a pesar de las críticas de que hoy y siempre ha sido objeto, muchos aspectos positivos. Su preparación supone, supuso para mí, aceptar un desafío; el de enfrentarme rigurosamente con la amplitud y profundidad de las disciplinas tan problemáticas y ¡tan mal entendidas por propios y ajenos! como son la Psicología Médica y la Psiquiatría. El reto del tercer ejercicio es el de exponer una «Lección Magistral». La elección ha de ser forzosamente cuidadosa, no porque cualquiera no pueda ser capaz de ser maestro en todo un programa, sino porque ha de revelar, creo

yo, cuál es la perspectiva, más o menos original, desde la que él contempla la disciplina a la que se siente vocado a enseñar en una Facultad de Medicina.

En las oposiciones que yo hice, salía para ser cubierta, por primera vez en la historia de la Universidad española, una plaza de Psicología Médica junto con la de Psiquiatría. Me creí obligado a escoger una lección de este programa. Aunque hoy día se habla más de la crisis de la psiquiatría (piénsese en la anti-psiquiatría), la de la psicología me parece aún más aguda. La psicología médica, con una corta historia universitaria en forma de cátedras sin dotar, se enfrenta, desde una posición vacilante, con una enorme tarea. Compárense los textos más difundidos sobre la asignatura para darse cuenta de las enormes diferencias que existen entre los diversos autores. Por otra parte, es preciso recordar que la psicología, en su proceso de emancipación de la filosofía, se acercó no sólo a las ciencias experimentales (psicología experimental), sino a la propia medicina. La primera gran psicología independiente de la filosofía, la de Lotze, se titulaba precisamente *Medizinische Psychologie oder Physik der Seele*.

Al mismo tiempo, la medicina parece ser cada vez más consciente de la necesidad de completar sus avances técnicos, fríos y deshumanizantes, pero fuentes de su propio progreso, con una «psicología» o una «antropología». ¿Será capaz la psicología del último cuarto del siglo xx de cumplir con esta tarea? Lo que la medicina pide no es una psicología llena de vacilaciones o de discusiones entre escuelas, ni tampoco una psicología fisiológica que no sea más que un apéndice de la neuroanatomía y neurofisiología. Tampoco serviría de nada una psicología que quisiera imponer una «teoría» unitaria o parcial del hombre, o unas lucubraciones más o menos bien pensadas pero,

sobre todo, muy difíciles de entender. No hay que buscar la aplicación de «una psicología» a la medicina. La psicología médica tiene hoy día un rango propio que, a pesar de lo mucho que aún ignora y las dificultades que tiene su avance, permite vaticinar que inyectará savia nueva a la medicina de hoy para asegurar su futuro.

Cuando uno se ve obligado a vestir el ropaje presuntuoso del «maestro» en el tercer ejercicio toma sobre sí una gran responsabilidad. Pero no hay maestro que no sea discípulo. Por eso quise escoger una lección que, expresando cuál era mi posición ante la psicología médica y su enseñanza en una Universidad española, fuera a la vez el reflejo de lo que yo había aprendido. No sin osadía el discípulo puede exponer lo que oyó al maestro, ya que el riesgo de deformar, limitar o empobrecer sus enseñanzas, salta a cada línea. También incurrirá en repeticiones y quién sabe si en contradicciones. Cuando el contacto entre maestro y discípulo ha sido más íntimo de lo habitual, como en mi caso, ya que ha sido el del padre y el hijo, los avatares son aún mayores. No conozco manera de evitarlos, queda esta labor para el lector crítico. En la bibliografía figuran las publicaciones que el Prof. J. J. López Ibor, padre y maestro, ha dedicado a estos temas. Algunas de sus enseñanzas no escritas habrán podido recogerse en estas líneas mías. Quizá sea ese su mayor mérito.

I

LA ANTROPOLOGÍA DEL CUERPO

1. LA CORPORALIDAD

El cuerpo humano, sano y enfermo, es el objeto de estudio de las diversas disciplinas médicas, y cada una de ellas se concentra en un aspecto parcial, o aplica a su investigación una técnica original. El anatómico secciona y disecciona el cadáver, el fisiólogo analiza el curso de los fenómenos vitales elementales, el patólogo general el modo cómo se imbrica la enfermedad en los individuos y el clínico se ocupa de las entidades que diagnostica y trata. El tocólogo se interesa por la función reproductora, el oftalmólogo por los órganos de la visión, etc. El radiólogo y el electroencefalografista aplican unas técnicas más o menos especializadas para conseguir su fin. Así pues, debemos preguntarnos en primer lugar qué es lo que dicen y pueden decir la psicología médica y la antropología a propósito del cuerpo humano.

El punto de vista del psicólogo parte de considerar el cuerpo *vivo*, lo cual ya le hace ocupar un lugar destacado entre las asignaturas básicas de los estudios de medicina. En segundo lugar, lo considera como *totalidad*, a

diferencia de como hacen la mayoría de las especialidades. En tercer lugar, se interesa por los aspectos *psicológicos* del cuerpo humano.

Los aspectos psicológicos del cuerpo humano son los que, en una primera aproximación, podemos llamar la *experiencia*, o la *vivencia del cuerpo*, fenómenos que nos ocuparán, tanto por lo que se refiere al sano, como al enfermo. No se trata del estudio de síntomas de enfermedades mentales, es decir, de la psicopatología del cuerpo. Lo que en este lugar nos interesa es lo que sucede en el enfermo no psiquiátrico y en el sano, aunque de pasada puedan recogerse ejemplos más claros en la psiquiatría para ilustrar los diversos puntos. Pero, insisto, una cosa es la experiencia psicológica del cuerpo, la del sano y la del enfermo no psiquiátrico, y otra son las experiencias psicopatológicas delirantes.

2. EL ESQUEMA CORPORAL Y LA CENESTESIA

El estudio de la experiencia del cuerpo comenzó en la neurología a partir de la noción del «esquema corporal» para interpretar lo que sucede en los miembros fantasma y en la anosognosia. En estos casos se produce una discrepancia entre el cuerpo, tal y como podemos verlo y contemplarlo desde fuera, y lo que de él nos dice, cuando le preguntamos¹, el enfermo. Nosotros no vemos el miembro amputado pero él lo siente y siente que puede disponer de él. Nosotros contemplamos una hemiplejía que él, temerariamente, niega. En otros casos el enfermo no es capaz de localizar diversos segmentos de su

¹ Alguno de estos fenómenos no nos los refiere espontáneamente el enfermo. Por eso puede decir Goldstein que los síntomas no son sino las respuesta a nuestras preguntas.

cuerpo, como en la autopatognosia que describió Pick y mejor conocida después de los trabajos de Gertsmann sobre la agnosia de los dedos, y derecha-izquierda en las lesiones del lóbulo parietal, o la macro o microsomatognosia y, más que nada, el caso extremo y sorprendente de la autoscopia o heautosopia en las que el enfermo se contempla a sí mismo, a su propia imagen corporal fuera de sí². En todos estos casos se piensa, ya que la experiencia nos da la razón a nosotros, que el individuo tiene un sentido para percibir interiormente su cuerpo y todas estas alteraciones no son sino hiper o hipo-estésias, alucinaciones o inhibiciones, en el campo de este conjunto de sensaciones especiales a las que Höfdding llamó *cenestesia*.

La visión se fundamenta en la capacidad del ojo para captar las radiaciones electromagnéticas y percibir la luz. La audición en la del oído que hace lo propio con las vibraciones del aire y el sonido. Análogamente la cenestesia consistiría en recibir e interpretar la lluvia de estímulos que bombardean el cuerpo desde la periferia del mismo.

El primer problema que se plantea es el de la naturaleza de estos estímulos. Para Head y Holmes eran de índole propioceptiva, y por eso hablan ellos de *esquema postural* (el nombre de «esquema corporal» es de Pick), e incluían en ellos tanto los estímulos pretéritos como los actuales. El esquema postural se constituye por la *comparación* de los estímulos propioceptivos del momento actual con los de los momentos pasados, que habían sido grabados y recogidos en el cerebro del mismo modo que la carrera de un taxi queda reflejada, en chelines y peniques, decían ellos, en el taxímetro.

² La descripción detallada de estas alteraciones corresponde a la neurología. Puede consultarse la revisión reciente de Frederiks.

Sin embargo, no siempre es así. Pick se dio cuenta que en la conformación de la imagen del propio cuerpo intervienen otros estímulos además de los propioceptivos, por eso se refiere al *esquema corporal*. Al mismo tiempo señala que hay un esquema corporal específico para cada sentido. Él daba gran importancia a la visión. Recuérdese la autoscopia que he citado más arriba.

Ahora bien, este modelo perceptivo de la experiencia del cuerpo nos parece hoy día insuficiente, a pesar del atractivo que supone por su simplicidad.

1.º Los estímulos periféricos del cuerpo, las «pequeñas percepciones» de las que hablaba Leibniz, no dan lugar a una percepción compleja como sería un paisaje o una conversación. El individuo sano tiene una experiencia de su cuerpo que es negativa, sencillamente no lo percibe, no puede concebirse cómo puede suceder que la sumación de los miles o millones de estímulos dé un resultado negativo (López Ibor).

2.º Por otra parte, en el ámbito de lo percibido, la atención permite enriquecer la experiencia como cuando fijándonos, conseguimos ver una vela en el mar ya cerca del horizonte, o distinguir el virtuosismo del primer violín de una orquesta. Sin embargo, con la percepción del cuerpo sucede lo contrario. El concentrar la atención nos lleva a percibir primero no el propio cuerpo, sino los lugares en los que nos afectan los estímulos del exterior, la silla en la que estamos apoyados, el bolígrafo entre los dedos o el papel que sujeta la mano. Un poco más y podemos percibir, acaso, la sensación de vacío o plenitud digestiva, quizá algún movimiento o ruido intestinal, el ritmo de la respiración. Pero, por mucho que concentremos la atención, la mayoría de los acontecimientos del cuerpo, el movimiento de la sangre, la conducción de los nervios, el metabolismo de los órganos, etc., se escapan

a nuestras posibilidades de percepción. El hipocondríaco es bien cierto, posee y padece una cenestesia hipertrofiada, precisamente tal y como la describió Ortega. Pero no es este un fenómeno tan simple. Lo que atormenta al hipocondríaco, más que un fenómeno perceptivo, son las sensaciones desbordadas, amenazantes. Basta con escucharles en su dificultad para describir lo que perciben, que apenas llegan a poder localizarlo «por aquí... en la espalda», o a definir su «re-dolor», o «un peso», o un «como si...». Cualquier estudiante de medicina sabe «desenmascarar» al presunto ulceroso porque, a diferencia del auténtico, no señala su dolor con la punta del dedo, sino de un modo más vago e impreciso, con la palma, que al mismo tiempo que es gesto parece «consolarle» de la molestia.

La cualidad puede ser tan distinta que es posible clínicamente hacer a veces un diagnóstico diferencial. Un enfermo, hipocondríaco acérrimo, que consultaba desde hacía varios años por molestias de cabeza y otras, precordiales o difusas, y que se tranquilizaba momentáneamente al explicarle que no era nada, acudió una noche, ya tarde, a verme. Ni la hora, ni la premura que le traía, ni ninguna de sus quejas eran nuevas. De pronto describió unas palpitations (síntoma que no se había omitido nunca en sus visitas anteriores) pero ésta vez eran distintas. Ni le preocupaban más ni menos que antes, ni las destacaba entre el resto de sus dolores y parestesias pero fue tal su precisión al describirlas, y al señalarse la zona precordial y «algo hacia la garganta», a diferencia de las veces anteriores en que las parestesias abarcaban todo el tórax, que rápidamente le tomé el pulso y observé una arritmia perpetua. Se le había presentado una fibrilación auricular, que fue estudiada por un cardiólogo y finalmente atribuida a una miocardioesclerosis, que desde entonces está en tratamiento.

Un ejemplo así parece raro, pero no lo es el de los hipocondríacos cuyas sensaciones ahogan la percepción de un síntoma más grave, y al que luego no prestan atención, precisamente por conocer su causa.

Esto nos demuestra que la cenestesia y el esquema corporal no se vivencian como una suma de estímulos sino como algo unitario y totalitario. Es una experiencia global, que calificamos de malestar o bienestar, que posteriormente podemos intentar localizar de un modo no totalmente satisfactorio. Se habla de un «malestar indefinido aquí». Las cosquillas, o la sensación placentera que producen las caricias como experiencia de bienestar corporal son siempre difusas.

3.º La percepción del cuerpo se hace en condiciones normales no sólo de un modo global y totalitario sino también ciertamente *subliminar*, o como dice Frederiks, tenemos de él una conciencia periférica. La neurología cuando quiere describirlo tiene que recurrir a describir casos patológicos, porque es *como si* el sujeto sano no tuviera una experiencia corriente de su propio cuerpo. Los cinco sentidos de la psicología antigua son ventanas abiertas hacia el mundo, ninguna hacia el cuerpo como no sea tomando a éste, cuando coincida, como parte del mundo. Si intentamos cerrar éstas ventanas del mundo y realizamos un ejercicio de entrenamiento autógeno nos encontramos que durante él, los miembros, en el momento de la mayor relajación desaparecen (miembro fantasma negativo). Análogamente son muy raras las alteraciones del esquema corporal en los ensueños. En las experiencias de privación sensorial, es decir, en las que se coloca a un sujeto en condiciones de máximo aislamiento sensorial, se observa cómo la percepción, siempre anclada en los estímulos del medio ambiente, se dispara. El ojo, sumergido en las tinieblas, comienza a poblar éstas

con luces, objetos e imágenes; el oído no soporta el silencio y presta voz y música a las escenas visuales. Sin embargo, son pocas las alucinaciones que se describen como provenientes de la esfera corporal³. No es sólo que sea más difícil bloquear los estímulos periféricos, ya que con algunos se consigue (temperatura y peso), sino que, ya de por sí, la experiencia del cuerpo es más oscura y silenciosa. El silencio del cuerpo nos conforta, el del mundo nos angustia.

3. LA INTENCIONALIDAD DEL ESQUEMA CORPORAL. SU ESTRUCTURA

Al lado de señalar que la experiencia del cuerpo, en el sano, se realiza fundamentalmente de un modo global y que tiene por lo tanto más de sentimiento que no de percepción, la psicología descubre otro hecho fundamental, el de la intencionalidad del esquema corporal. (Véase la primera parte de este libro.)

Oppenheim llamó la atención sobre el hecho de que dos estímulos simétricos en dos partes distintas del cuerpo hace que uno de ellos se extinga y el otro prevalezca. Hémon describió cómo el miembro fantasma de los amputados desaparecía al estimular la zona simétrica a aquella en la que el fenómeno era más vivo. Head, Holmes y Riddoch observaron un hecho análogo iluminando

³ Solamente conozco un trabajo en el que se describen alteraciones del esquema corporal en experiencias de esta naturaleza. Es el de Azima y colaboradores, pero no son experiencias realizadas en sujetos sanos, sino enfermos (neuróticos, deprimidos y hebefrénicos), y tenían una finalidad terapéutica. J. Lhermitte y H. Hécaen han estudiado la contemplación de la imagen propia durante el ensueño, pero esto no va en contra de lo que, como principio general aunque no absoluto, he mencionado.

ambos campos oculares en sujetos que padecían una lesión unilateral de las vías ópticas que no era suficiente para producir una hemianopsia. Es, por así decirlo, una hemianopsia subliminar que se manifiesta cuando ese estímulo simétrico contralateral anula el que se produce sobre el hemicampo afectado (hemianopsia de circunstancia). El mismo fenómeno se observa en la exploración de la sensibilidad superficial, y más aún en la epicrítica, en enfermos neurológicos (López Ibor).

No se trata de que el sujeto no presta atención a la porte afecta, sino que no puede prestarla. Un enfermo de Critchley decía: «La sensación más fuerte distrae de mí la capacidad de poder percibir la segunda. Parece que no puedo prestar mi atención al lado izquierdo cuando me excitan el derecho». A este fenómeno se le puede dar hoy día una explicación neurofisiológica con la teoría del sistema de la puerta de entrada de Melzack y Wall⁴, es decir, con la función de la médula espinal de seleccionar algunos de los estímulos periféricos. Melzack, profesor de Psicología en la Universidad de McGill, y Wall han descrito, para el dolor, esto que podemos llamar *vía inicial común*⁵, en analogía con la *vía terminal común*. Podemos observar en nosotros mismos cómo cuando nos producimos un dolor, la sensación se apaga si frotamos los alre-

⁴ Esta teoría, a pesar de haber sido descrita hace más de 10 años no ha comenzado a difundirse hasta estos últimos. Esto se debe al auge de las investigaciones sobre el dolor, que buscan caminos nuevos alejados de la farmacología clásica tan ligados al problema de las sustancias capaces de crear adicciones. Hay ya algunos intentos neuroquirúrgicos basados en esta teoría. También la acupuntura pretende ser explicada basándose en ella pero no es este el lugar para detenerme en ello. Puede consultarse la exposición más reciente de K. L. Casey y R. Melzack o la revisión que yo mismo hice en *Los equivalentes depresivos*.

⁵ *Gate Control System* es el nombre que le dan los creadores de la teoría.

dedores, o movemos vigorosamente el miembro, cómo los niños corren en plena agitación para calmar el dolor de una herida que se han hecho. Esta tormenta de estímulos ahoga los del dolor. Podría entonces pensarse que un bombardeo de estímulos contralaterales anula a los del miembro fantasma, por ejemplo. Sin embargo, no *siempre* suceden así las cosas. Si se diera únicamente una competencia de estímulos, en la experiencia de privación sensorial que antes he citado, el silencio de los receptores sensoriales periféricos acrecentaría los del propio cuerpo, y los sujetos encerrados en la cámara oscura percibirían, con gran precisión, los movimientos interiores de su organismo, la respiración, circulación, digestión, etc. Así, deberían de ser capaces de valorar, de un modo muy preciso, por ejemplo, el paso del tiempo, ya que su atención podría concentrarse más en el «reloj biológico interno». Lo que sucede es precisamente, lo contrario. La medida del paso del tiempo, que puede ser muy exacta cuando no nos fijamos en ella, por ejemplo el que se duerme y se despierta en punto a la hora que desea, o el que sabe, al despertar, las horas que ha dormido, se hace más inexacta. Así pues, el esquema corporal se encuentra ligado a nuestra actividad psíquica, y a la actividad en general, a la motilidad real o virtual, a las zonas de confrontación con el mundo exterior, o con la parte del cuerpo que al enfermar deja de ser silenciosa. No es que hacia allí se requiera nuestra atención, sino que a ellas tiende nuestra actividad psíquica.

No podemos, por lo tanto, hablar de atención dirigida al esquema corporal, sino de la *intencionalidad* del esquema corporal, y por eso podemos hablar de un yo-corporal, queriendo significar con esta expresión, el lugar del cuerpo en el que se concreta, en un momento determinado, la intencionalidad que caracteriza a la vida psíquica.

Para ilustrar estos aspectos nos sirve el ejemplo de una enferma que tuve ocasión de ver. Se trataba de una neurosis obsesiva grave y que tras varios años de evolución y múltiples fracasos terapéuticos fue sometida a una leucotomía. La enferma despertó de la anestesia con un estrabismo que antes no tenía. Cuando unos días más tarde pudo ser explorada con la colaboración necesaria por su parte, se pudo diagnosticar con certeza que se trataba de una parálisis del músculo recto externo del ojo derecho. Explorada por los neurocirujanos y oftalmólogos se atribuyó dicha parálisis, a falta de otra etiología más evidente, a un efecto tóxico de la anestesia. El hecho es que la parálisis desapareció espontáneamente en el curso de unas pocas semanas.

Lo que llama poderosamente la atención es, que la enferma en ningún momento tuvo diplopía. Ella sabía que tenía un defecto de la motilidad del ojo, ya que se lo había observado claramente en el espejo, y preguntaba que por qué su ojo derecho no podía mirar hacia la derecha. Al preguntarle reiteradamente por la diplopía, y al repetirle las maniobras exploratorias comentó con asombro: «¿Es que las personas que tienen este defecto ven doble?» La visión de ambos ojos era normal. Cuando con el ojo sano cubierto se le hacía seguir un objeto que se movía desde la izquierda a la derecha, lo hacía bien con el ojo enfermo hasta alcanzar la línea media. Entonces continuaba fijando el objeto girando la cabeza. Colocando la cabeza en un plano frontal respecto al tronco y un objeto a la izquierda, en los límites del campo visual lo fijaba bien con ambos ojos, y podía verlo cerrando alternativamente uno y otro. Repitiendo la exploración con el objeto al lado derecho cada vez que cerraba el ojo sano giraba la cabeza con toda espontaneidad y sin el menor asomo de esfuerzo o sorpresa. Todas estas maniobras y

otras muchas, repetidas en días sucesivos las hacía correctamente la enferma, sin que nunca expresara incomodidad, asombro, preocupación, e incluso comentaba mi insistencia e interés. El fenómeno no era chocante para ella y si el que vieran doble las personas que tuvieran su mismo defecto. Este ejemplo nos demuestra cómo en esta anosognosia una de las dos imágenes se anula, sin discusión, se podría decir. En otras condiciones (estrabismo de los niños por defectos de refracción), la imagen que se pierde es la del ojo enfermo. En la leucotomizada el predominio de la del sano se debe a que es más congruente con el resto de las percepciones, especialmente con la laberíntica y propioceptiva de la cabeza.

Schilder⁶ nos dejó una serie de auto-observaciones extraordinarias por su poder plástico y que permiten experimentar en nosotros mismos estas características del cuerpo. Hay tres que son muy ilustrativas:

1.º Si uno coloca uno de los dedos enfrente de los ojos a una corta distancia, al mismo tiempo que se enfoca la vista a la lejanía se ve, claro está, una doble imagen. Si entonces se pincha el pulpejo con un alfiler, se notan *dos* pinchazos.

2.º Cuando tomamos un bastón en las manos y tocamos un objeto con él, notamos una sensación en el extremo del bastón. De hecho, el bastón se ha convertido en una parte de la imagen corporal. Para poder tener una sensación plena de la punta del bastón, éste ha de tener una conexión más o menos rígida con el cuerpo. De esta manera, se convierte en una parte del sistema óseo del cuerpo, y podemos suponer que la rigidez del sistema óseo es una *parte* importante de cada imagen corporal.

⁶ Paul Schilder fue un psicoanalista cuyos puntos de vista e investigaciones desbordaron ampliamente las doctrinas freudianas, especialmente en sus estudios sobre la imagen corporal.

3.º Es una experiencia interesante la de disminuir progresivamente la presión de los dedos contra un objeto. Vamos notando el objeto cada vez menos y los dedos cada vez más. Cuando los dedos apenas están tocando el objeto éste casi es imperceptible, pero entonces tenemos una sensación clara de las puntas de los dedos. Podemos entonces observar una sensación paradójica. «Es como si la piel se hiciera prominente y formara un cono minúsculo que casi toca el objeto» (Schilder). Esta curiosa sensación, que a mi modo de ver es más clara cuando la realizamos apretando dos dedos (el pulgar y el índice por ejemplo) y relajamos la presión (con los ojos cerrados) o cuando la superficie es dura y fría, de metal o cristal, podemos calificarla de miembro fantasma en miniatura. López Ibor dice que los miembros fantasma son un proyecto de acción, y en este ejemplo lo vemos claro. Los pequeños conos de Schilder son el «proyecto» del tacto.

Los miembros fantasma no aparecen en cualquier segmento corporal, ni en cualquier circunstancia⁷. Para que se presenten se necesita que la parte corporal que se pierde haya sido especialmente activa, especialmente importante. O por decirlo de un modo más preciso, y que iré aclarando en el curso de estas páginas, especialmente disponible. El fenómeno es más intenso y duradero en las

⁷ Los casos en los que se presentan los miembros fantasmas son según Frederiks los siguientes: amputaciones de miembros o partes de miembros, amputación de un pecho o genitales externos, extracción de un diente, operaciones faciales mutilantes o enucleación de un ojo, enfermedades mutilantes de los miembros, lesiones del sistema nervioso (a nivel periférico o de la médula espinal, tronco del encéfalo, tálamo y lóbulo parietal).

Sólo en algunos de los casos producidos por lesiones del sistema nervioso periférico aparece un «tercer miembro fantasma», pero para ello se necesita una situación especial (oscuridad, cansancio, etc.) que inhibe la experiencia de uno de los miembros reales.

partes distales de los miembros, y sobre todo, es siempre en los miembros. No hay pulmones o riñones fantasma, ni en general «vísceras fantasma». Los únicos casos descritos en la bibliografía son los dolores ulcerosos fantasma (Szasz)⁸ que aparecían después de vagectomías o gastrectomías, pero ya demostré en otra parte que no se trata de tales, sino de una *sustitución de síndromes*, o de equivalentes depresivos, o incluso de otros cuadros que entran en el «dumping», que nada o poco tienen que ver con el tema que ahora nos ocupa. El que exista una vejiga fantasma no debe de extrañarnos, a pesar de no ser un miembro en sentido estricto. Su función está bajo el dominio de la voluntad. Por eso no hay miembros fantasma en partes del cuerpo que se pierden tras una larga enfermedad mutilante, especialmente si ésta afecta al sistema nervioso periférico (gangrenas por arteriosclerosis, lepra, etc.). El miembro que ha estado largo tiempo enfermo va perdiendo su disponibilidad. Por eso el fenómeno es más puro y constante en los traumatismos que destrozan un miembro que precisamente estaba sano (accidentes de tráfico o industriales, heridas de guerra, etc.). Análogamente, no existen miembros fantasma supernumerarios y los miembros fantasma, una pierna por ejemplo, no sólo «está ahí», sino que el enfermo intenta disponer de ella y trata, con toda espontaneidad, de dar un paso, que no es sino un paso en falso con el que da con su cuerpo por tierra.

Todas las características de los miembros fantasma giran en torno a la intencionalidad y disponibilidad: el

⁸ Véase la interpretación que anteriormente di a este fenómeno como suplencia de síndromes (*Op. cit.*, capítulo V, «Formas de evolución. Las suplencias y alternancias de síndromes»).

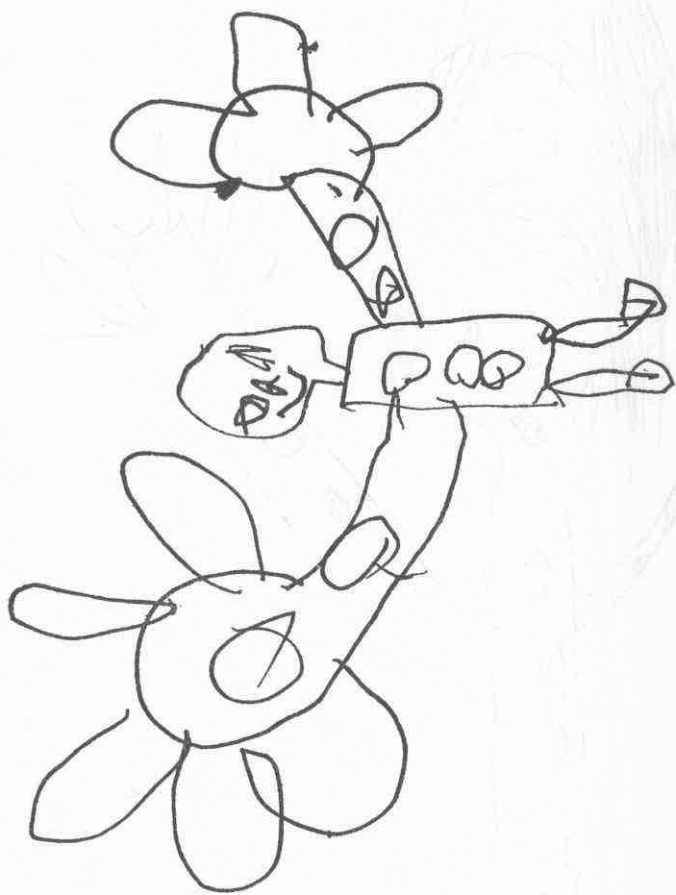
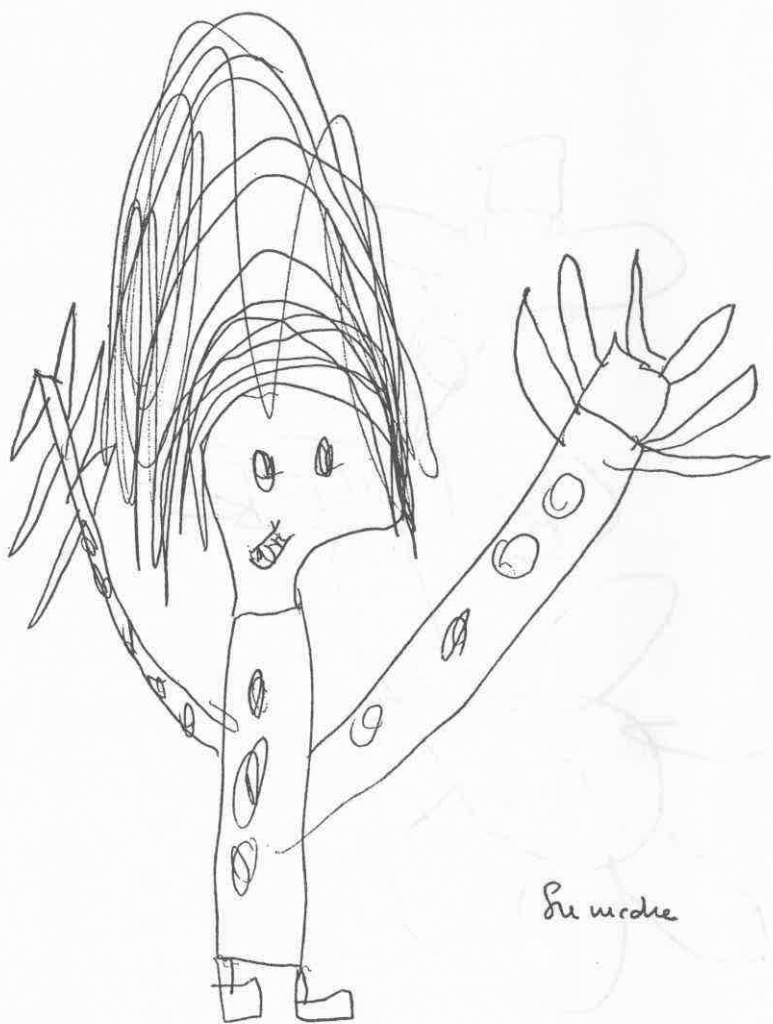


FIGURA 1



Se meche

FIGURA 2

que se alarguen o encojan («telescoping»)⁹, el que desaparezcan forzando la actividad (dibujando círculos u ochos imaginarios en el aire con la punta del pie ausente).

Lo ligado que está el esquema corporal a la actividad se observa en los dibujos de un niño de 5 años extraordinariamente agresivo¹⁰. Su madre lo había traído por unas anomalías graves de conducta que habían sido diagnosticadas de esquizofrenia infantil. No se trataba de eso sino de problemas psicológicos graves, surgidos en un ambiente familiar muy alterado. (Fig. 1 y Fig. 2.)

Sin embargo, en la vida cotidiana, nuestra intencionalidad, nuestros proyectos, la actividad psíquica, rara vez se dirige al cuerpo, ni aun en los casos que más ligados parece que están a éste. El deportista está en la meta, no en sus músculos, el ajedrecista en los movimientos propios y en los del contrario, en el tablero, no en sus neuronas, el que come está en los platos, no en el estómago, o en sus tejidos, etc.

Así pues, la corporalidad, con el silencio que le acompaña, es ante todo una experiencia de presencia. Lhermitte decía que el esquema corporal era «une présentation et une représentation» y Schilder hablaba de ella como de algo hueco y vacío.

Llegado este punto, hemos de distinguir, aunque sea de un modo provisional y artificioso entre *esquema corporal* y *experiencia corporal*. El primero es fruto de la atención de la neurología, el segundo, de la psicología médica y desborda ampliamente a aquél.

⁹ Descrito por primera vez por Gueniot en 1861 (Frederiks).

¹⁰ El niño, inteligente, dedicaba toda su actividad a destruir objetos, destripar animales, agredir a personas. A los tres años descubrió su juego favorito. El hacer tocar con cualquier excusa el quicio de la puerta a las visitas para, cerrando violentamente la hoja, aplastarles los dedos. La madre me lo trajo después de haber fracasado en varios intentos de psicoterapia y escolarización.

4. FENOMENOLOGÍA DE LA CORPORALIDAD

Si queremos profundizar más en el conocimiento psicológico del cuerpo, hemos de retrotraernos hasta Descartes. Éste, al distinguir entre la *res extensa* y la *res cogitans* nos obliga a considerar que la *res extensa* es a la vez *res non cogitans*, y la *res cogitans*, es, simultáneamente, *res non extensa*. Surgen así grandes dificultades si queremos estudiar los aspectos psicológicos (*cogitantes*) del cuerpo (*res extensa*) y los aspectos naturales (*extensas*) de la vida psíquica (*res cogitans*), dificultad que va pareja con el desprecio que la psicología siente hacia la fisiología (la psicología más dinámica, se entiende) y la fisiología (el materialismo) hacia la psicología. Esta gran dicotomía en el pensamiento europeo no habría podido mantenerse y penetrar tanto en todos los ámbitos de la cultura, hasta la vida diaria del hombre cotidiano, si no tuviera unas raíces muy profundas. La postura de Descartes es el origen de una ética simple que permite una cotidianeidad tranquila, que es la que surge de la dialéctica, entre la *res extensa* y la *res cogitans*, y en la que, ésta puede sucumbir, sin por ello aniquilarse, a la exigencia de aquélla. El hombre vive con la confianza de que la *res cogitans* puede perder batallas frente a la *res extensa*, pero que la victoria final será suya. El alma inmortal se aloja, transitoriamente nada más, en el cuerpo.

La psicología médica no ha dedicado hasta tiempos muy recientes una atención suficiente al estudio del cuerpo porque realmente éste no era problemático. Sin embargo, a medida que la medicina se tecnificaba más, y que la psiquiatría, y la patología psicosomática, se volvían más dinámicas, se percibía, en el hiato creciente en-

tre ambas, que su objeto común de estudio, el hombre como cuerpo enfermo, quedaba desamparado.

Pero esta situación no ha sido exclusiva de la psicología y de la medicina, sino que ha abarcado todo el ámbito de la cultura occidental desde el siglo XVII¹¹. El dualismo cartesiano ha llevado a dos concepciones opuestas e incompletas del hombre, el materialismo y el idealismo. En ambos, el estudio del cuerpo queda marginado, y aún más, es profundamente desvalorizado el uno y es ignorado el otro. La medicina se ha visto arrastrada de lleno en esta corriente. Basta con recordar los experimentos llevados a cabo durante la época nazi, y tantos otros. Lo mismo cabe decir de la biología. Desde Darwin el acento cae sobre el ambiente que ejerce su efecto sobre la selección, de tal manera, que el ser vivo se comporta como sujeto pasivo (véase Büchner).

En los últimos decenios hemos asistido a un renacer del interés por el cuerpo. Puede citarse el culto al deporte, a la vida higiénica y al aire libre, a la prevención, y la higiene, y en definitiva al auge de la medicina en la sociedad contemporánea. La propia psicoterapia no se ha visto ajena. Freud en sus comienzos tuvo que ocultar su figura de la mirada de sus enfermos, y entre los primeros psicoanalistas se discutía, si se les debía dar o no la mano en cada sesión en señal de bienvenida o de despedida. Con la terapéutica de relajación la psicoterapia dio un paso, tímido, hacia incluir bajo su esfera de acción al cuerpo, y hoy día asistimos a la explosión de las formas más corporalizadas y sensualizadas de la psicoterapia como son los maratones psicoterapéuticos nudistas, los grupos de Esalem, etc. Strauss ha llamado la

¹¹ Sobre la imagen del cuerpo en diversos momentos históricos debe de consultarse el trabajo de H. Schipperges.

atención sobre el interés actual por la danza, incluso por la «danza pura», sin música, es decir, por el movimiento del cuerpo sin melodía.

Al mismo tiempo, las ciencias de la naturaleza, la física y la matemática, fundamentalmente, parecen haber llegado a una situación en la que se ven imposibilitadas para avanzar sin considerar al observador, que ya no puede ser pasivo, al físico y al matemático. Esta reintroducción del sujeto en estas ciencias, la re inserción del sujeto en la naturaleza, es un hecho paralelo al que viene sucediendo en la medicina, y consecuente con la decadencia del idealismo.

Estos hechos nos demuestran que el cuerpo ha adquirido en la vida cotidiana y en la del pensamiento de nuestra cultura occidental una relevancia que hace años no tenía. El camino más interesante que se nos ofrece para entender el cuerpo, cuerpo humano, sin caer en los extremos citados, es el de la fenomenología alemana de más larga tradición y la francesa de mayor auge reciente.

En alemán se distingue entre *Körper* y *Leib*, palabras que ambas corresponden al castellano *cuerpo*. Sin embargo, hay una gran diferencia entre ambas. *Körper* es el cuerpo anatómico, la *res extensa* propiamente dicha, *Leib* es el cuerpo vivo, vivido o, mejor, *viviente*. *Leib* tiene una raíz etimológica común con *Leben*, vida. En español se ha impuesto la traducción *corporalidad*¹² y así a partir de este punto me referiré con *cuerpo* al cuerpo anatómico, al estrictamente físico (*Körper*) y con *corporalidad* a cuerpo viviente (*Leib*). Hasta aquí me he referido exclusivamente a cuerpo, en su acepción cotidiana, es decir, como cuerpo y corporalidad, simultánea o aisladamente. En francés existe una sola palabra, *corps*, para

¹² A partir de López Ibor.

referirse al cuerpo, pero tiene dos para la idea de carne: *chair*, la carne del hombre vivo, y *viande*, la carne comestible de los animales.

La corporalidad no es sino una manera de dar al cuerpo humano la nobleza y grandeza que tiene, y reclama para él, el propio y el ajeno, el respeto y la reverencia que merece. El que en castellano no tengamos sino una palabra, cuerpo, no significa que cotidiana, o científicamente, pudiera considerarla como cuerpo físico. «Cuerpo» es el cuerpo vivo. El cuerpo muerto es el cadáver. Pero, como no hemos sido ajenos a la evolución del pensamiento científico, y, sobre todo, como la anatomía se ocupa del estudio del cuerpo, es lícito, y necesario, emplear el término de corporalidad para señalar la distinción que hay que hacer entre uno y otro. La corporalidad no es sino el cuerpo viviente.

5. EL CUERPO VIVIENTE

Si queremos hacernos una idea inmediata y directa de lo que es la vida y la actividad psíquica tendremos que comparar al cadáver de un amigo con el que él fue cuando aún vivía. Una y otra son las que pierde el hombre cuando muere. Así resulta que paradójicamente el llamado «cuerpo presente» es el del que se ha ausentado para siempre.

Nuestro amigo, antes de morir, poseía vida y actividad psíquica, y en él podíamos distinguir, al modo de la psicología, y en una primera aproximación, una de la otra por la permanencia. La vida no puede cesar por un instante. Un instante sin vida es la muerte eterna, pero la actividad psíquica puede detenerse, y de hecho lo hace muy a menudo, todos los días en el sueño, y en los en-

fermos en coma y durante las anestias. Sin embargo, estos mismos ejemplos nos demuestran que no es posible separar tan tajantemente la vida psíquica de la vida. Es un mérito de la psicología moderna, y no sólo del psicoanálisis, el haber descubierto la actividad psíquica inconsciente que nos acompaña durante el sueño. La neurofisiología lo comprueba. Los estudios del sueño (Kleitmann, Aserinski, Jouvet, Dement, etc.) nos enseñan que algunas etapas de éste se acompañan de una gran actividad, que se corresponde generalmente con la ensoñación.

Poco sabemos sobre la actividad psíquica de los comas profundos, en los que el enfermo está en un «estado vegetativo» y sobre todo de los momentos de agonía. ¿Se acaba la vida psíquica antes que la vida? Lo que hasta ahora sabemos, especialmente por los estudios de Bleuler, Willi y Bühler, es que los enfermos en tales estados conservan una cierta actividad psíquica, que paradójicamente¹³ está más ligada a su situación inmediata, que la de los esquizofrénicos pendientes de sus ansias de transcendencia (los mitologemas de Sarró y Obiols). Hasta tal punto tiene fuerza y viveza la actividad psíquica en estos momentos en los que parece que la vida se escapa, que, durante ellos, pueden suceder grandes conmociones en la vida psíquica y desaparecer cuadros psicopatológicos graves. Son los casos de depresiones remitidas tras comas exógenos por traumatismos craneoencefálicos, intoxicaciones o accidentes vasculares cerebrales, o el «intervalo lúcido» como aquel que recuperara a Alonso Quijano para la posteridad, y del que vuelve a hablarse hoy día con mayor insistencia.

¹³ La paradoja deja de serlo en una interpretación antropológica como se verá más adelante.

Así pues, vemos que es muy difícil deslindar, sin más, la actividad psíquica (*res cogitans*) de la vida sin más, es decir, aquella no se da, tal y como podemos saber nosotros de ello en este mundo, fuera de su cuerpo viviente.

Por otra parte, del cuerpo tenemos, ante todo, un conocimiento como corporalidad. Para saber lo que es el cuerpo tenemos que recurrir al cadáver, objeto distante aun en el caso del amigo íntimo o de un ser querido. Sólo en esos casos podemos hacer la abstracción del dualismo cartesiano y de un modo, como luego veremos, harto insatisfactorio. El conocimiento del cuerpo, el propio y el ajeno, lo hacemos como corporalidad. Zutt nos lo expresa diciendo. «Yo soy el que está aquí sentado, y mi amigo es el que entra y viene hacia mí». Ese yo, ese él, ese mí, es ante todo la corporalidad. No es un cuerpo inmaterial en el que se encarna un alma inextensa. Un cuerpo inanimado no puede «venir hacia mí», ya que es *inextenso*, está fuera del espacio. Lo que entra y se acerca es una corporalidad. Sólo por el hecho que yo soy, mi amigo es, y todos somos corporalidad, podemos entrar, salir, movernos, encontrarnos, aislarnos, y en definitiva vivir y morir. *Así pues la experiencia inmediata, el fenómeno primero, es la corporalidad, no el cuerpo ni la vida psíquica*, ni siquiera el híbrido cuerpo-alma. Kunz intentó encontrar alguna experiencia psicológica normal, de las que se dan en cualquiera de nosotros y pueda darse en cualquier momento, que fuera análoga a las ideas delirantes. Después de disquisiciones prolongadas llega a la conclusión de que existe una, que no es otra que la experiencia que tenemos de la muerte.

Cuando pensamos sobre la muerte nos vemos obligados, como el delirante, a proyectar fuera de nosotros la propia idea que estamos considerando en nosotros mismos. Vemos la muerte del prójimo, en otro, o lejana en el

futuro, siempre desplazada, y en cierta manera anónima, impersonal. La vemos al mismo tiempo como ajena, como impuesta desde fuera. Se dice que la muerte acecha, sorprende, se esconde, se viene tan callada, etc. La muerte no es eso, sino que exigirá de nosotros una toma de postura más activa (véase Rahner) y quizá una última decisión. Y sin embargo, el llegar a poder pensar la muerte propia, personal, sin desplazarla, sin proyectarla ni deformarla mediante otro mecanismo de defensa, aunque sólo fuera un instante, sería morir. La angustia, aun en sus crisis más violentas, no deja de recordar al que la padece que aún vive. El psiquiatra al que le es dado presenciar crisis de angustia de una intensidad extraordinaria sabe, y por eso puede reconfortar al enfermo, que en el fondo no pasa nada. El más desaforado temor a la muerte no produce la muerte¹⁴. Sólo el melancólico grave, y es éste un estado límite, puede tener un conocimiento profundo de la muerte propia de tal manera que un acto de suicidio puede llegar a no ser más que la confirmación pública de que ya anteriormente había muerto.

Decía una enferma de Rojas¹⁵:

¹⁴ Hay que aceptar que una gran crisis de angustia puede provocar la muerte por una insuficiencia coronaria, por ejemplo. Sin embargo, éste mecanismo es totalmente inespecífico y por lo tanto mediato. Un susto, una alegría, una excitación, una sorpresa, pueden actuar de la misma manera.

¹⁵ La enferma, de 29 años, vista en 1949, padecía un cuadro parkinsoniano. El cuadro psicopatológico, análogo al de los delirios de negación de Cotard, se había imbricado en él. Las relaciones entre uno y otro no son claras y al mismo Rojas sólo le interesó para su publicación, igual que a mí ahora, el análisis fenomenológico. Hoy día que se conocen mejor las depresiones de los parkinsonianos, hemos visto cuadros análogos. Pero ninguno tan expresivo y rico como el de aquella andaluza, que con pleno derecho podría inaugurar un texto de patología psicosomática a la altura de los tiempos.

Hace tres años estuve en el cine con mi marido. Cuando volví a casa y me metí en la cama tuve un mal pensamiento, quitarme la vida. Y en efecto, con la cabeza, es decir, con el pensamiento me destruí todo mi interior. Desde entonces ni matriz, ni pulmones, ni corazón, ni nada, por eso estoy muerta, mejor dicho, matada...

El hombre no es *exclusivamente* corporalidad. Este fenómeno es el más inmediato, el más auténtico y no deformado por la experiencia, pero podemos considerar en él otros aspectos. El más significativo para la antropología es precisamente el de poder superar la propia corporalidad, tomar distancia, considerar desde fuera. Dice Guardini: «Es una característica esencial de la vida psíquica el que el hombre, una y otra vez, pueda superar el conjunto inmediato de su existencia concreta (*Dasein*), tomar distancia, considerar...». Zutt ha colocado esta expresión en el eje de su antropología y deducido a partir de ella su psicopatología comprensiva. Ahora hay que dejar de lado este camino ya que es más fructífero en el estudio de las enfermedades psiquiátricas, especialmente las psicosis endógenas. Esta capacidad (espiritual) es la que le falta al animal, que también se nos manifiesta como corporalidad, no como cadáver y vida, y la que en cierta manera se altera en algunas enfermedades psíquicas, y sirve de base a ciertas funciones psicológicas (memoria, lenguaje, pensamiento, voluntad y libertad, etc.).

II

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN DE LA CORPORALIDAD

1. LA CONFRONTACIÓN ENTRE EL CUERPO Y LA CORPORALIDAD

¿Cuáles son las fuentes para el conocimiento de la corporalidad? Dos fuentes principales tenemos para estudiar el fenómeno de la corporalidad. Una nosotros mismos, otra los enfermos. Precisamente a partir de ellos es como debemos penetrar más en su conocimiento. No se necesita de una técnica especial, sino sencillamente liberarse de los prejuicios del materialismo y del idealismo, ya que como hemos visto se trata de una tarea fenomenológica que puede ser abordada desde puntos de partida diferentes, puesto que son todos convergentes. Sin embargo existen una serie de experimentos extraordinariamente claros que propongo recoger en el nombre de *confrontación*, y que paso a exponer a partir de algunos ejemplos clínicos.

La relación que mantenemos con nuestra propia corporalidad no es unívoca, y de hecho, alternativamente vivimos nuestro cuerpo como objeto físico y como corpora-

lidad animada. Si me pruebo unos zapatos, importa en primer término el tamaño de mi pie y la libertad de movimiento que permite el calzado. Escogeré los de mi medida, y pensaré en su utilidad. No es lo mismo el zapato para usar todos los días, que unos para ir al campo, o unos zuecos de los que ahora se utilizan en los hospitales. Cuando busco la comodidad y la finalidad, he de considerar a mi cuerpo como objeto físico. Pero, además, en mi elección influirá mi gusto personal, el zapato será de ésta o tal forma, aquí me fijo ya en el modelo. El dependiente en lugar de preguntarme si me aprieta o si me encuentro cómodo, pondrá frente a mí un espejo para que contemple el zapato y a mí mismo con él puesto. Dice G. Marcel que *somos y tenemos* nuestro cuerpo. Unas veces somos nuestra corporalidad, y necesito ver, como en el caso de los zapatos nuevos, cómo me sientan éstos. En el segundo caso, el cuerpo tiene más un carácter instrumental, mediante él me desplazo, subo o bajo, palpo, ausculto o veo el fondo del ojo. Tan es así que puedo utilizar un riñón de otro después de un transplante, o infinidad de prótesis inanimadas, o donar alguna de sus partes como el que dona una finca. Mi dedo sirve para llamar al timbre. Si contestan, una vez que pregunten «¿quién llama?», no diré «un dedo», sino yo, fulano de tal. Aquí mi dedo es la expresión de mi corporalidad, como la voz que pregunta o la mía que responde lo es de la suya. Sin embargo, si me surge un panadizo en ese mismo dedo, me quejaré del dolor, en «mi» dedo, que tan lejos está de ser yo, que puedo, sin graves repercusiones perderlo en una amputación. Unas veces importa más el cuerpo, por ejemplo, en el metro cuando vamos apretados, o cuando un enfermo se queja de una fractura, de dolor agudo. En otras es nuestra corporalidad, y esto sucede especialmente en las enfermedades llamadas psi-

cosomáticas, en las crónicas y sobre todo en las psiquiátricas.

Habitualmente pasamos (Plügge) de la vivencia del cuerpo a la de la corporalidad, y viceversa, constantemente a lo largo del día. Sin embargo existen algunas experiencias en las que discrepan tanto una de la otra, que nos permiten estudiar y explicar mejor lo que es la corporalidad.

Estas situaciones son las que llamamos de *confrontación*, generalizando así el fenómeno curioso descrito con éste nombre por Poeck y que relataré a continuación.

En los miembros fantasma, la discrepancia entre cuerpo y corporalidad es ostensible. A Poeck se le ocurrió hacer la siguiente experiencia: Colocó al enfermo de tal manera que su miembro amputado tuviera el muñón a 2 ó 3 cms. de la pared. Entonces le preguntaba que qué había sucedido con el brazo. «¿Ha desaparecido?» «¿Se ha encogido?» «¿Atraviesa la pared?» Plügge por su parte se fijó en la reacción que provocaba una pregunta así, independientemente del contenido de la respuesta. La violencia de la situación arrancaba reacciones de disgusto, chocantes, agresivas, «esa es una pregunta fuera de lugar» respondían unos, o «no tiene sentido». El mismo desagrado profundo se manifiesta en otras situaciones límites en las que se confunde la experiencia del cuerpo con la de la corporalidad.

De ellas, la más habitual es la de la muerte a la que antes me he referido. Si nos fijamos en lo que sobrecoge un cadáver nos daremos cuenta de la cantidad de cosas que se hacen para evitar que la vista se pose sobre él. Al enfermo que fallece en una sala de un hospital se le traslada al depósito con el rostro cubierto. Y sobre todo, el cuerpo del difunto es enterrado antes de que comience la descomposición. Todas las sociedades humanas tienen

ritos en los que se hace desaparecer el cuerpo de los seres queridos. El que a veces se exponga en alguno de ellos el cadáver de los *enemigos*, o alguna parte de ellos, o que los vikingos conservaran las calotas o los jibaros las miniaturas de las cabezas, va de acuerdo con estas prácticas ya que se trata de enemigos o personas sagradas, distantes, no íntimas. Las reliquias de los santos, los huesos, se conservan igual que sus ropas y otros objetos como posesiones que tuvieron en este mundo. Lo que resulta claro es que el ser humano no soporta fácilmente la confrontación entre la corporalidad que fue otro hombre cuando vivía y el cuerpo difunto destinado a la descomposición. Esta confrontación es la que explica los desmayos del estudiante en sus primeras prácticas de cirugía. Precisamente la noción de eternidad y vida sobrenatural se basa, entre otros hechos, en esta confrontación. La patología psicósomática está llena de confrontaciones análogas.

En las anoréxicas (anorexia nerviosa) se da una confrontación entre lo que su cuerpo es y lo que ellas quisieran que fuera. No es sólo la figura corporal, ni el pretendido temor de maduración, sino un afán desmesurado de una corporalidad pura y perfecta. Es un afán apolíneo y ascético. Una anoréxica que tuvo ocasión de tratar, vivía, preocupada como tantas otras por la fisiología de su tubo digestivo, y se consumía horrorizada ante la posibilidad de un estreñimiento. Había ingresado efectivamente con un vientre abultado, meteorizado, y un colon lleno de heces. Pocos días después el problema se había solucionado, pero ella insistía en que no era aún bastante. Confrontada con la imagen radiológica de su abdomen cuando ingresó y cuando había mejorado contestó irritada: «Yo no necesito de radiografía para saber como está mi organismo».

Las anoréxicas son también el ejemplo de lo que sucede con otros enfermos que no consiguen dejar libre la espontaneidad que es propia a la vida. Estas adolescentes viven pendientes de la regulación de su organismo que ha de ser exacto y preciso. Han de comer poco para no sentirse embotadas después, su intestino debe de funcionar diariamente, etc. De un modo análogo, los impotentes están pendientes del comportamiento de sus genitales. Otros enfermos psicossomáticos viven con su atención puesta en la frecuencia de su pulso, o de la pesadez de sus digestiones o del ritmo de sus evacuaciones. El toxicómano y el alcohólico no soportan lo que supone su cuerpo, limitado y concreto, y buscan en la embriaguez la anestesia de la confrontación con su corporalidad. Sutter y Pellicier hablan de la «mala fe» de los alcohólicos, la cual, en el fondo, es la misma que la de la anoréxica que he mencionado, o que la de todos los seres humanos ante un difunto, ante el misterio insondable de la muerte. Mala fe y obstinación, como la del celoso o el dismorfofóbico como luego veremos, y la misma que parece llevar en sí y al mismo tiempo provocar la maniobra de Poeck.

En los Estados Unidos han nacido una serie de técnicas de confrontación que pretenden enfrentar al enfermo con su propia imagen corporal, ayudándose de medios técnicos como el cinematógrafo y sobre todo las imágenes magnetoscópicas (Bahnsen), y que se aplican fundamentalmente en problemas como la obesidad.

Le decepción que produce la confrontación es un hecho mucho más difundido de lo que ahora quiere descubrirse. Basta con recordar el desagrado con que hemos escuchado nuestra voz por primera vez en un magnetófono, o contemplado nuestros gestos en una pantalla de cine. Fenkel-Brunswik, califica a esta decepción de sí mismo como

«verdad dolorosa», y Holzman como «hiato latente» (*latent split*).

Para verlo de un modo más claro, podemos considerar los casos en que la totalidad de la corporalidad se petrifica, se solidifica, se congela. Son, junto con los melancólicos antes citados, los síndromes de Cotard y algunas formas de esquizofrenia. En el síndrome de Cotard el enfermo niega la existencia de un segmento de su cuerpo, generalmente su vientre (sus entrañas), o de todo él. El Licenciado Vidriera es la versión cervantina de este delirio de negación. Algún esquizofrénico también vivencia su corporalidad como algo maquinal, físico y dinámico. Descartes pensaba algo análogo cuando comparaba el cuerpo vivo y el cuerpo muerto con dos relojes, el primero con el muelle tenso y funcionando, el segundo detenido. Un circuito reflejo no se diferencia de un circuito electrónico y sin embargo el cerebro es algo más que un ordenador. Bettelheim ha aportado un ejemplo muy ilustrativo en el que puede seguirse en unos dibujos la evolución del tratamiento de un niño esquizofrénico (no nos importa ahora aceptar o negar las concepciones que este autor tiene de la esquizofrenia). En la expresión pictórica el niño va expresando, a través de la representación que hace de sí mismo, cómo un vehículo va perdiendo el dominio por fuerza externa (tranvía eléctrico) y va adquiriendo mayor autonomía (automóvil).

Como resumen, podemos decir que el cuerpo humano tiene en circunstancias innumerables un carácter de *disponibilidad* tal que, no siendo problemático, queda fuera de la esfera de la actividad consciente. En otras los mecanismos del cuerpo son insuficientes para la tarea que se está llevando a cabo y nos presenta como una traba a la espontaneidad e impulso vitales que caracterizan a la corporalidad. De éstas circunstancias las unas son nor-

males, si cuando le pedimos al cuerpo más de lo que puede dar de sí, o cuando ha llegado a un estado de agotamiento (fatiga), pero otras muchas son patológicas, cuando es incapaz de realizar lo que anteriormente hacía sin detenerse a pensar en el por qué o el cómo.

2. LA INTERIORIDAD O INTIMIDAD

En la corporalidad podemos descubrir muchas *cualidades*, pero ninguna de ellas es un rasgo aislado, ya que todas son, en cierta manera, la corporalidad misma en su unidad totalitaria.

Cada una de las cualidades o tributos de la corporalidad añade algo al concepto de cuerpo (*res extensa*) y al de espíritu (*res cogitans*), pero al mismo tiempo les resta algo. Por eso podemos decir que la corporalidad es más y menos que el cuerpo y más y menos que el espíritu. Si así no fuera, la corporalidad sería = cuerpo más X, o cuerpo menos Y, o espíritu más Z, o espíritu menos K, y todo el problema se reduciría a estudiar «X», «Y», «Z» o «K».

Cuando decimos que tal persona en su interior piensa de ésta u otra manera, o que sus órganos interiores son éstos o aquéllos, empleamos la misma palabra y nos movemos en la esfera de una distinción interior-exterior que tiene dos sentidos radicalmente diferentes.

Hay un interior que podemos ver, palpar, escuchar o manipular. Es lo que cotidianamente hace el médico con sus enfermos, buscando sacar a la luz las enfermedades ocultas, desentrañar los secretos de una patología. Para ello puede recurrir a la inspección, o a una auscultación que es tan penetrante que utiliza como instrumento un estetoscopio, es decir, un instrumento para ver, o, como

ejemplo más claro recurrirá el cirujano a rasgar la superficie del cuerpo y exponer las vísceras a su mirada. De esta manera se ejerce gran parte de la medicina, que es patología interna y cirugía y, aun cuando fracasan en el intento del salvar la vida a un enfermo, la exposición de todas las entrañas del cadáver en las autopsias descubrirá causas hasta entonces ignoradas.

Esta manera de desentrañar, separando los diversos órganos y partes del hombre, realmente no descubre el verdadero interior. Abrimos el abdomen y vemos el hígado. ¿Qué es lo que vemos en él? Su exterior. La seccionamos y ¿qué descubrimos? La superficie del corte. Y así, paso a paso vamos buscando, provocativamente, un interior que antes de ser alcanzado se nos ha hecho exterior. Esta manera de desentrañar la denomina Heidegger *he-rausfordernde Entbergen*, que podemos traducir por incitar a destapar o descubrir, es decir, desentrañar.

Por eso se habla del carácter agresivo del cirujano, que trabaja «armado» de un instrumental realmente escalofriante, para el que no es médico, y tiene que recurrir a la anestesia para poder llevar a cabo su labor. El anatómico, como indica la misma etimología de la palabra, no hace sino «volver a cortar», volver a separar lo que ya estaba separado.

Cuando decimos que tal persona en su fuero interno piensa esto, o que tiene una vida interior rica, o que interiormente se alegra, o sencillamente que la «procesión va por dentro», nos referimos a otras entrañas. Son las mismas que al profeta le hacían clamar «desde lo profundo». Cuando la madre alude al hijo de sus entrañas alude a algo más que al hecho de haberlo llevado nueve meses en su seno, lo mismo que el amigo entrañable puede estar lejano, o ya muerto. Esta interioridad que llamamos también intimidad, no puede ser descompuesta en partes

como la anterior. No podemos describirla a base de exponerla a la luz, tendremos que solicitar que ella misma se nos revele, tendremos que, reverencialmente, solicitar que se abra a nosotros, como uno abre su corazón a un amigo íntimo, amigo entrañable, amigo «del interior». También es tarea del médico, y en esto se diferencia ya radicalmente del anatómico o anatomopatólogo, descubrir este interior de sus enfermos. Es lo que Heidegger llama *herausbringende Entbergen*, y que podemos traducir por *desentrañar por solicitudión*. Es lo que hacemos todos los días cuando le decimos a un enfermo «¡cuénteme...!». Así pues, el médico deberá penetrar en el interior de sus enfermos, invocando y provocando, y desentrañar de esta manera los secretos de su enfermedad.

Existe un tipo de enfermos a los que su angustia les impide distinguir claramente entre estas dos formas de interioridad, la anatómica y la íntima, y a los que su malestar, íntimo e insufrible, les hace buscar la solución entre los cirujanos. Son un tipo especial de hipocondriacos, los que suelen ser calificados como adictos a la cirugía (*operationsüchtig, surgical prone*), y cuyo resultado es el de convertirse, con expresión de Jiménez Díaz, en unos «politatuados». Beaton, psiquiatra que trabajó en colaboración con un equipo de cirugía, dice que el 10 % de los enfermos que acuden a los departamentos quirúrgicos lo hacen buscando el alivio de sus problemas psicológicos como primera razón inconsciente para el tratamiento, aun incluso cuando padecen enfermedades en las que existe una indicación quirúrgica. El hecho es paralelo al conocido de que los que realmente padecen enfermedades quirúrgicas tardan más en acudir al médico. A esto hay que sumar la importancia que tienen los factores psíquicos en la prolongación de la convalecencia después de las intervenciones. ¡Qué importancia tiene para el fu-

turo cirujano distinguir que el interior al que se refiere un enfermo puede no ser el de sus vísceras aunque él mismo así lo crea!

El médico se mueve de lleno en esta confrontación del interior y la intimidad. Un radiólogo es posible que no se interese más que por el interior que puede observar gracias a sus técnicas, o el psicólogo no escuchar más que a la intimidad, pero ambos, si no hacen más que eso ejercen una medicina incompleta. Por eso los internistas que han pasado a la historia han sido siempre no sólo los que han conocido mejor la fisiopatología y la clínica, sino el mismo tiempo, buenos psicólogos.

3. LA ESPACIALIDAD

Volviendo al ejemplo de Zutt: «Yo soy el que está aquí sentado y mi amigo es el que entrando se acerca a mí», si yo veo a mi amigo es porque su cuerpo ocupa un espacio, desplaza cierto volumen de aire, o a la puerta que se interpone ante él, o a una silla. El cuerpo, como el buque o el objeto sumergido, desplaza lo que hay a su alrededor y está tan ligado a su condición de cosa física que se cumplen en él todas sus leyes, la de Arquímedes, por ejemplo.

Es un mérito de Von Uexküll haber descrito cómo cada ser vivo no está sencillamente en el espacio, sino que crea a su alrededor su mundo, el *mundo circundante* o *perimundo*. Cada individuo selecciona los estímulos externos y los configura de un modo que es propio a la especie y más discriminadamente a sí mismo como individuo. El toro embiste cuando en su campo visual, a una distancia determinada, se agita un objeto. El perro ladra al desconocido y agita el rabo a su dueño. Así resulta que mien-

tras que el cuerpo ocupa un lugar delimitado y constante, con el volumen fijo que encierra su superficie, en el espacio inconmensurable, la corporalidad ignora gran parte de los acontecimientos del espacio. Para saber si la radiación de los tubos de rayos X ha alcanzado, ha chocado con nuestro cuerpo, necesitaremos recurrir a instrumentos que la midan.

Existe un sin fin de datos que pueden, sin darnos cuenta, alcanzarnos desde el exterior, desde el espacio físico que nos rodea. Los microorganismos nos producen infecciones sin haberlos podido reconocer previamente. Las grandes alturas nos fuerzan a modificar la composición de nuestra sangre, y los alimentos que nos nutren pueden un día envenenarnos. La reflexión es la que ha podido descubrir la asepsia y antisepsia, la fisiopatología, la toxicología y, en definitiva, la higiene. Tan ajenos somos como corporalidad a todos esos fenómenos que nos destruyen el cuerpo, que la higiene es, ante todo, una higiene del medio.

La corporalidad en cambio, está en el espacio de otra manera. Si alguien entra a una sala podremos decir que está *en* ella, pero no que la desplaza. Estar en ella significa que está en un punto y en todas partes. Si yo me fijo en la expresión de alguien, estoy donde esté él, si miro la pizarra, estoy en la pizarra. Esta cualidad es a la que se refiere Heidegger como traspasar, superar el espacio (*Räume durchstehen*). En los animales sucede lo mismo como ha demostrado Portmann siguiendo el desarrollo de los estudios de Von Uexküll. El espacio de la araña lo constituye su red, que aprisiona a todo insecto que intenta atravesarla. Los animales salvajes tienen sus territorios en los que son dueños y señores. No es sólo que el espacio se convierta en mundo circundante, sino que el espacio se organiza en mundos superpuestos, confluyentes, en plena competencia y jerarquizados.

Ya hace años Audrey en sus estudios llegó a la conclusión de que el hombre, lo mismo que los animales, crea a su alrededor su territorio que le es propio, y que ésta es una característica congénita. Cada uno comparte su territorio más o menos, y en unas circunstancias o en otras, pero conservando siempre un dominio y capacidad de decisión sobre él y los objetos que lo pueblan. En mi casa tengo un despacho, *mi* despacho, allí no entran los niños, nada más que ocasionalmente cuando estoy yo. Pero ellos mismos reconocen, ya desde que comenzaron a dar los primeros pasos, sus juguetes y su cuarto como suyos, y los muebles que en él están, etc. Zutt da gran importancia en su antropología a los órdenes del existente (*Daseinordnungen*), que no son sino los órdenes de la corporalidad, la *jerarquía* del mundo de la corporalidad. Son los órdenes de la vivienda, de las relaciones sociales, etc.

Si recordamos ahora una de las experiencias de Schilder que he citado antes, será más fácil comprender su significado y cómo no es un ejemplo aislado. Me refiero a la del bastón rígido. Podemos generalizarla diciendo que la corporalidad, al no limitarse al volumen del cuerpo, es capaz de extenderse, e incluso tomar posesión de los objetos del espacio, e incluso limitar dentro de éste un espacio propio, un territorio (incorporación).

Dentro de las nuevas formas de psicoterapia está la llamada *Gestalt Therapy*, en la cual se emplea, como artificio técnico, el intercambiar el médico y el enfermo sus sillas.

Po eso podemos decir que el hombre no ocupa lugar, sino que lo habita, que vive en él. En español habitar y vivir son palabras que se confunden, lo cual ya nos indica cuánto tiene éste de aquél. El montañero que alcanza por primera vez una cumbre, igual que el conquistador

de antaño o el astronauta de hoy, toma posesión de ella, en nombre propio y en el de su país o sociedad.

Las dimensiones del espacio vivido no se miden en el sistema métrico decimal, y en ocasiones están en franca contradicción con él. A dos o tres metros de mi mesa del despacho está el dormitorio de mis vecinos, y sin embargo, está para mí más distante, incluso prácticamente inalcanzable para mi imaginación, que el otro extremo de mi casa. La pared por medio no es una división, sino una frontera casi infranqueable. Pero, podemos incluso asegurar que si entre mi vecino y yo hay un muro, que si mi casa tiene puertas y cuatro paredes es porque el hombre es un ser que por naturaleza construye viviendas. Hasta los pueblos más primitivos tienen las suyas.

La corporalidad está allí donde está la intencionalidad de la vida psíquica, pero al mismo tiempo allí donde está la tensión se establece entre el cuerpo y la corporalidad. Como ejemplo podemos imaginarnos el vértigo de las alturas. El que lo padece está ahí, en lo alto de un acantilado, pero al mismo tiempo está abajo, en las olas que se rompen, en las peñas que hay al pie. Los guías de alta montaña saben cómo, incluso escaladores poco propensos al vértigo, se han despeñado presos de él cuando han mirado hacia la profundidad, en la que se movían animales o personas. El movimiento atrae más que un paisaje desértico. Por eso es mayor el vértigo que se tiene desde un edificio de unos pocos pisos cuando en la calle pululan las gentes, que el del que viaja en un avión en el que no se alcanza a percibir ningún movimiento en la superficie. Zutt habla de una corporalidad mundanal, queriendo resaltar que no puede existir fuera de él.

Los órganos de los sentidos no son sólo ventanas abiertas al mundo, además conforman nuestro espacio físico, así el ojo crea el espacio visual, el oído, el acústico, el

laberinto, el espacio como continente, etc., a la vez que el movimiento permite nuestro desplazamiento en él. Es un mérito de V. von Weizsäcker haber señalado la unidad de percepción y movimiento. Ambos son el origen y la consecuencia de nuestra corporalidad.

El ojo, como órgano del cuerpo, tiene la capacidad de captar la luz mediante la transformación de la energía lumínica en impulsos nerviosos. En esto no se diferencia nada de una cámara fotográfica, o si se quiere una analogía mejor, de una cámara de TV. Sin embargo, la visión es ya un atributo de la corporalidad que no consiste en un mero ver como captar. La cámara que capta está sobre su trípode y de ahí no se mueve. El individuo que ve no está en su ojo, al que incluso no llega a ver, ni en su retina, ni en la corteza visual. Está «fuera», en el lugar en que se posa su vista. Dependiendo de la manera como se realice este posarse la vista, tendremos un sin fin de modalidades de presentarse la corporalidad: mirando indagando, ojeando, interpelando, atisbando, oteando, dando un vistazo, columbrando, distinguiendo, penetrando, vagando, etc. El espacio visual no es un espacio de radiaciones y fotones, es un espacio visual, luminoso. Goethe y luego Nietzsche hablaron de que el ojo participaba de las cualidades del sol (*der Auge ist Sonnenhaft*, expresión no traducible para mí al español)¹.

4. LA TEMPORALIDAD

Una de las características básicas del hombre es que vive inmerso en el tiempo, cuyo paso deja huella en él. No

¹ Esta expresión aparece por vez primera en Goethe (*Einleitung zur Farbenlehre*), de donde la ha tomado Zutt. Nietzsche por su parte, la aplica al ojo de Apolo (*Sein Auge muss Sonnenhaft...*).

es que en él los años y los minutos produzcan una erosión, sino que va siendo testigo de su historia. Es necesario hacer una distinción importante. La auténtica historia personal del hombre es un fenómeno que se mueve en la esfera de lo espiritual. La historia a que aquí me refiero es la *historia vital interna*. El espíritu, como *res in-extensa* está también, en cierto sentido, fuera del tiempo. Precisamente esta capacidad de salirse de sí mismo, reflexionar sobre la historia propia y ajena, evocar recuerdos, distingue al hombre de los animales.

La historia vital interna es la historia de la corporalidad. Es más precoz, y no sabemos bien (véase más arriba) si la sobrevive. Precisamente una de las mayores contradicciones del espíritu cartesiano es no tener sitio en él para el niño. «Yo pienso, luego soy» segrega ya *ab initio* al niño que aún no posee el pensamiento racional². Resulta que el niño existe antes de ser capaz de formular o entender el silogismo de Descartes, y lo que es más importante, su pensamiento está más ligado a su corporalidad. La primera etapa de éste, la denomina Piaget sensorio-motriz.

El psicoanálisis ha estudiado con detenimiento la íntima trabazón entre el desarrollo psicológico y el del cuerpo, aunque como siempre, desde una perspectiva que hoy nos parece muy incompleta. La historia de la libido se nos presenta en una doble faceta somática y psicológica (oral-canibalística, anal-sádica, etc.) y las diferentes localizaciones, transformaciones, «cathexis», son posibles en el fondo através de la corporalidad. La historia del des-

² Aplicada al pie de la letra también deshumaniza al enfermo mental. De ahí la crítica que se hace de la psiquiatría moderna. Más propiamente es la crítica de ciertas corrientes racionalistas y positivistas dentro de ella. La perspectiva psiquiátrica ha de ser, como toda antropología, mucho más amplia.

arrollo de la vivencia de la corporalidad, y las influencias a que está sujeta está por hacerse. Le Guerinel lo ha intentado en el campo de la psiquiatría transcultural.

El cuerpo no tiene historia y sin embargo es más mutable que la corporalidad. El metabolismo impone en él una constante transformación mientras que la corporalidad permanece más estable. Lo que en uno es desgaste, erosión, pérdida o asimilación vertiginosas, en la otra es *maduración* en la que se establece un lento proceso hacia lo más diferenciado. Freud señaló que en el inconsciente no rigen las leyes del tiempo consciente. Con ello alude a lo que estoy diciendo, aunque hay una gran diferencia, ya que el inconsciente no sería una instancia exclusiva del cuerpo, sino también de la corporalidad.

Los griegos distinguieron entre el *cronos* y el *kairos*, el primero como tiempo objetivo, cronometrable diríamos hoy, el segundo como tiempo vital, *tempo*. El *cronos* es cíclico (circadiano, estacional, anual, etc.) y linear, el segundo es ante todo rítmico. A veces se confunde ciclo con ritmo. El ritmo a que me refiero es el que se encierra en expresiones como «he aumentado mi ritmo de trabajo», «es un hombre de ritmo lento, pero seguro». Es decir, el *tempo* vital de cada uno y sus modificaciones. El ritmo en este caso no es cíclico, es más rico, sin la monotonía de aquél. Sólo una vez en la historia se detuvo el caminar del sol, mientras cada uno de nosotros ha de alterar constantemente el propio ritmo vital. Un hecho de resaltar de los tiempos actuales es precisamente el que el ritmo vital de la humanidad es más rápido que los ciclos cósmicos. El hombre vive aceleradamente, con un ansia voraz por el futuro, aunque luego cae en un presente, envejecido y vacío. Son los que quieren trabajar más, para jubilarse antes y caer, prematuramente, en la bancarrota de los pensionados.

Así, de esta manera, el hombre actual está sufriendo una serie de manifestaciones en su corporalidad que son el reflejo, mejor dicho, son el mismo fenómeno desde otro ángulo, de esa aceleración vertiginosa. Las jóvenes adelantan la menarquía al mismo tiempo que la maduración del adolescente se prolonga. Es tal el *tempo* vital de la corporalidad que es imposible detenerse y, saliendo de la circunstancia actual, contemplar, desde fuera, reflexionar, considerar. El paso acelerado de la corporalidad arrastra al hombre, que termina por tener que renunciar a su historia personal. El vértigo de la velocidad es ante todo una huida del presente, pero también una huida de la propia historia personal.

Este es el problema de las llamadas personalidades inmaduras y de la mayoría de los psicópatas, los más puros, aquellos en los que su trastorno parece más ligado a su maduración personal. Son los que con el curso de los años, cambian su *tempo* vital y su psicopatía se desvanece, pero no impunemente. Unos se centran, otros quedan en una vida vacía, sin sentido, como los hipertímicos descritos por Bürger-Prinz.

El cronos puede medirse en días, meses, siglos o años-luz, y descomponerse en minutos, segundos, mili-segundos o nano-segundos, y llegar incluso a manejar fracciones tan infinitesimales en las que el tiempo, según los físicos, corre hacia atrás, invirtiéndose la sucesión de causa o efecto. El que a los que no somos físicos nos choque esta afirmación no hace sino justificar la diferencia entre el cronos y el kairos.

Cada una de estas fracciones de tiempo es totalmente aislada de la anterior, el instante pasado actúa en el presente de un modo que podemos llamar exógeno, produciendo efectos. El *post hoc, propter hoc* puede ser

suficiente para establecer una causalidad, pero nunca una historia.

El tiempo viviente (*kairos*) es distinto. No puede nunca correr hacia atrás como en el mito de Fausto, y cada instante no es aislado, tiene una historia, y a su vez *influye* en el futuro. El tiempo físico puede descomponerse hasta aniquilarse. No existen fracciones de instante. Esto quiere decir que el tiempo vivido está compuesto por una serie concatenada de «presentes». La percepción, por ejemplo la visual, no es constante, se descompone en multitud de instantes perceptivos, tiene un umbral. Si recorro con mi vista el fondo de la sala veré la imagen inicial y la final, pero nunca una figura borrosa intermedia como estamos acostumbrados a ver en el cine. El cinematógrafo se basa precisamente en este principio. En el pasajero que mira por la ventana del tren se produce un nistagmo que se considera como fisiológico.

Hay una experiencia muy curiosa. Se ha conseguido mediante una técnica muy ingeniosa mantener fija una imagen en la retina. Para ello se fija un proyector de diapositivas de dimensiones milimétricas sobre la córnea. Pues bien, al cabo de unos segundos la imagen se desvanece y desaparece. El ojo está hecho para percibir instantes, y está en constante movimiento. La imagen no se fija normalmente en un punto en la retina, sino que en un movimiento en zig-zag, va recorriendo las zonas vecinas para volver, el cabo de una fracción de segundo, a detenerse sobre el punto inicial o uno cercano a él.

5. EL CUERPO COMO MANIFESTACIÓN Y COMO POSIBILIDAD DE ENCUENTRO

En la experiencia subjetiva, el cuerpo se vive como presencia. Ahora quiero referirme a lo que es el cuerpo

como presencia para los demás, y el de los demás para mí, como manifestación.

En los últimos decenios, el cuerpo humano se ha revalorizado y la corporalidad de cada uno aparece de un modo más puro en la vida cotidiana. En este movimiento ha influido a mi modo de ver, de una manera fundamental el hecho de que el hombre, ha llegado a darse cuenta, o a presentir por lo menos, que su corporalidad es algo más que el cuerpo. Me explicaré mejor. Una mujer árabe se esconde tras unos ropajes que no dejan descubiertos más que los ojos o incluso ni eso. La religiosa cubre su figura con telas pobres, el soldado ha de renunciar a los rasgos individuales de su aspecto bajo su uniforme. Sin embargo, ninguna de estas medidas es suficiente. La religiosa para mantener su corporalidad oculta a los demás, ha de permanecer en clausura, igual que la mujer árabe ha de aceptar una clausura semejante. «El hábito no hace al monje», sino todo lo contrario. El monje hace al hábito. La corporalidad del hombre al no limitarse al cuerpo, al extenderse a todo lo que él configura como suyo, llega mucho más lejos. Por eso el vestido forma parte de la corporalidad, se ha *incorporado* (Zutt) y así es manifestación del propio individuo. Por eso aun entre los hombres más primitivos existen los adornos. Y lo mismo sucede con el resto. La mirada como cualidad esencial de la corporalidad (Zutt, Sartre) es capaz de revelar secretos insondables. Una mirada furtiva es capaz de traicionar y también una mirada profunda de sobrecoger.

El que vivamos en el mundo, y no sólo en un espacio tridimensional; quiere decir que los demás, los seres vivos, se nos presentan (y nos presentamos a ellos) como corporalidades, no como cuerpos. Por lo tanto vivimos en un mundo *fisiognómico* y no de luces y sombras. De ahí que resulte imposible hacer ver a un ciego con una cámara

fotográfica, por mucho que ese ojo funcione según ese mismo esquema. Precisamente, una de las «confrontaciones» más cotidianas es la de la fotografía. El que una persona no fotogénica aparezca con un rostro sin gracia, con la expresión descompuesta y el que por el contrario sea posible retratar a un individuo por la espalda, sirve para dejar claro lo que digo, y podemos añadir que, si el hombre es capaz de pintar, de recoger imágenes, no es porque exista la pintura o la fotografía, sino precisamente lo contrario, éstas existen porque el hombre es capaz de ver y mirar y de vivir en un mundo de imágenes.

Este es el momento de recordar lo dicho más arriba sobre el interior. Lo mismo que existe una interioridad que no está dentro del cuerpo, existe una imagen que es más que el reflejo de la luz en la superficie de la piel. Esa imagen está compuesta por el vestido, los gestos y ademanes, el movimiento, la voz, el ritmo de la respiración, el sudor, el temblor, el diámetro de las pupilas, y en general todos los actos y movimientos en los que se manifiesta la corporalidad. Yo puedo mirar a un enfermo a los ojos y luego mirarle el fondo del ojo, y sin embargo una cosa no tiene nada que ver con la otra.

Esta relación que se establece entre cuerpos vivientes puede denominarse *encuentro vital*, y la forma de conocimiento que a través de él se establece es fisiognómica. Basta un rasgo bien trazado, una caricatura, para reconocer un personaje, a veces de un modo más fácil que una fotografía.

El encuentro vital, a diferencia del conocimiento provocado, proporciona una experiencia comprensiva. El cirujano que opera destruye tejidos e incluso órganos, pero el clínico, o el médico puede establecer una relación comprensiva y constructiva con el enfermo. Precisamente, si el cirujano es capaz de deshacer el cuerpo humano y

manipularlo, es porque previamente ha sido capaz, entre otras cosas, de establecer un contacto con el enfermo, del que parte la confianza de éste, su seguridad propia, etc.³. Es decir, para poder manipular el cuerpo del enfermo hay que pasar por la corporalidad.

Hay un grupo de enfermos que sufren enormemente porque son conscientes del carácter revelador que tiene la corporalidad. Son los dismorfofóbicos⁴, empleando este diagnóstico en el sentido amplio que ya he hecho otra vez, y en él puede incluir la más frecuente y benigna eritrofobia. El enfermo no soporta una cicatriz o deformidad física, más o menos aparente. La nariz puede parecer demasiado grande, o ligeramente desviada, o sencillamente que no armoniza con el rostro. A uno de mis enfermos le preocupaba hasta impedirle salir de su habitación, su labio superior en el que había querido apreciar una rigidez que no era sino la propia rigidez de su carácter. Otro enfermo sufrió, sin éxito suficiente a sus ojos, tres intervenciones por un pecho excavado porque éste era una huella de su herencia del padre, que también lo tenía, y al que odiaba. Otro adolescente ocultaba cierto abultamiento invisible de la raíz de su nariz con el ancho puente de sus gafas. Una enferma soltera, a la que sus treinta años le parecían el fin de su juventud, se escondía tras los cristales oscuros de unas gafas de sol y pasaba horas enteras maquillándose los ojos y consultando con oftalmólogos, porque sus ojos, en realidad su mirada, habían perdido el brillo que los había caracterizado. Y así se pueden citar muchos más casos. Stutte empleó el término

³ Dejo aquí de lado la reflexión en el sentido que he mencionado más arriba. Ella es la que distingue, entre otras cosas, al médico del curandero, o del amigo, o del sacerdote. La relación médico-enfermo es siempre y en cada instante multifacética.

⁴ Estos puntos quedan ampliados más adelante.

de complejo de Thersites, porque este personaje de la *Iliada* era a la vez feo y malvado y los enfermos ven en su deformidad física la huella de su maldad interior. El eritrofóbico se enrojece con los temas sexuales que le avergüenzan, le tiembla la voz en público, y deseando que se lo trague la tierra, suspira por poder aislarse y escaparse de las miradas de los demás. El fenómeno desborda las descripciones psicoanalíticas sobre el narcisismo primario.

El vestido forma parte de la corporalidad y puede ser empleado para modificar la apariencia a nuestro gusto. Por eso hasta los pueblos más primitivos tienen adornos, y existen los tatuajes que simbolizan un *status* o condición, y las máscaras, y los atuendos adecuados para cada circunstancia y personaje, etc. Unos visten convencionalmente, otros ponen una gota de frivolidad en su atuendo, otros visten despreocupadamente, pero en su misma obstinación demuestran hasta qué punto imponen la imagen de su corporalidad a los demás. A los travestistas les soluciona el problema el sastre o los almacenes de ropa interior, pero no siempre puede ser así. Una vez vino a verme una mujer homosexual con la petición de que le orientara hacia un cirujano capaz de transformar su sexo. Nunca he visto una persona a la que la figura de su cuerpo le afectara más íntimamente. Muy dotada y de fina inteligencia, llena de talento artístico, querida por todos los que la conocían, con un gran espíritu de sacrificio y de una presencia de espíritu fuera de lo común, sucumbía ante su figura femenina. No era un problema sexual en sentido reducido. Cuando vino a verme tenía ya 39 años y nunca había sido impetuosa en ese sentido. Era sencillamente el sentirse y verse hombre con cuerpo de mujer.

La confrontación que se produce en este caso no es, como en ninguno de los que he citado, un fenómeno racional, es un fenómeno de la corporalidad. Por eso es

imposible argumentar con estos enfermos. Al eritrofóbico le salen los colores al recordarle su timidez. El dismorfofóbico tiene siempre un «sí, pero» en la boca y es arrastrado por su enfermedad como el delirante por sus celos. El «Hombre de los Lobos»⁵, el famoso enfermo de Freud, padeció una dismorfofobia (que no llegó a diagnosticarle correctamente ningún psicoanalista) durante la cual se enemistó con Freud, al que siempre había querido y respetado, y fue capaz de traicionarle. El dismorfofóbico tiene su interioridad a flor de piel y no sabe cómo ocultarse de los demás, ya que se avergüenza de su maldad interna.

Durante tiempo he estado dando vueltas a la posibilidad de hacer un test que permitiera recoger la imagen de la corporalidad, un test del esquema corporal, ya que existen algunos insuficientes o demasiado complicados. He hecho dibujar a los dismorfofóbicos su deformidad real o presente, o a la anoréxica la forma de su cuerpo, y la que quisieran tener, al obeso la redondez de sus líneas y todo ello con poco éxito. Las primeras veces me resignaba pensando en la casualidad de poca disposición para el dibujo, pero al repetirse el fenómeno tuve que reflexionar sobre él y la explicación es clara en el contexto de estas líneas. Los enfermos no son capaces de dibujar las dimensiones o forma de su cuerpo porque no se refieren a ellas, no las tienen presentes cuando nos exponen sus trastornos. Estos nos hablan de su corporalidad, de su cuerpo viviente o una de sus partes, que les es imposible plasmar sobre el papel. No debemos olvidarnos de que este fenómeno se da en todos los seres humanos, y aun en los niños, y que no es otra cosa que el pudor que nos

⁵ Véase mi trabajo sobre éste personaje tan importante para la historia del psicoanálisis.

hace ocultar determinadas zonas o funciones, que varían según las circunstancias y personas, pero que son constantes en todas las culturas.

6. LA REACCIÓN DE CONVERSIÓN

Considerada así la corporalidad, la patología psicósomática puede enfocarse desde un nuevo punto que por ser más fiel a la realidad, permite esperar de él, un gran futuro. La patología psicósomática nació aplicando el esquema de la reacción de conversión que Freud había descrito para la histeria. No es aquí el lugar para extenderme en ella, sino sólo señalar cómo la idea brillante de la reacción de conversión desvía nuestra atención de lo esencial en los histéricos y en los enfermos psicósomáticos. La reacción de conversión no es específica, no se diferencia de lo que sucede en el sano cuando un pensamiento se convierte en acto o una emoción se acompaña de un correlato vegetativo. Por citar, citaré el testimonio de Nemiah: «Una mujer durante el coito, bajo la influencia del deseo sexual sentido conscientemente ejecutará de un modo voluntario y satisfactorio los movimientos adecuados para el acto sexual. Una mujer histérica, sin tener la experiencia consciente de un deseo de sensación sexual, tendrá una convulsión histérica durante la cual ejecutará todos los movimientos del coito sin darse cuenta de su significado. Lo que distingue a las dos mujeres no es la manera cómo su deseo sexual (un fenómeno mental) se convierte en los movimientos físicos del coito (un fenómeno corporal). La diferencia es que en la mujer histérica el proceso tiene lugar en un estado disociado fuera de su conciencia».

Ya hemos visto cómo resulta que la corporalidad no es que sea el instrumento en el que se expresa nuestra interioridad, sino que es ella misma la expresión. La percepción va unida al movimiento y también el movimiento a la expresión. La corporalidad sin interioridad, sin intimidad es el cuerpo muerto, exánime.

7. EL CUERPO COMO ESTRUCTURA SUBYACENTE

Dice Merleau-Ponty que el espíritu se da únicamente a través del cuerpo⁶ y Buytendijk que el cuerpo singular de cada uno establece la existencia, o como dijo la mística Hildegarda de Bingen: «Homo corpus ubique est, unum corpus», y así, volviendo los ojos a la medicina nos encontramos que toda enfermedad es ya de por sí una manifestación del fracaso de la corporalidad en cierta área o función. Allí donde duele sentimos el cuerpo. El que la enfermedad sea un trasunto de la muerte se debe a este hecho. Bien es verdad que la vida está íntimamente ligada a la muerte, que no existe la una sin la otra. Jaspers dice que hemos adquirido la conciencia de que el cuerpo humano en cada acto de respiración, en cada latido del corazón, está en una situación límite. También es cierto que, constantemente, están muriendo células de nuestro organismo, pero son todos estos conocimientos *reflexiones*, no es un conocimiento vital (como la invocación). La corporalidad como manifestación de la vida tiene una espontaneidad que es inexplicable. La vida se explica por la vida misma exceptuando a los hipocóndricos. En la enfermedad aparece con claridad meridiana el cuerpo, y precisamente allí donde aparece el dolor, o

⁶ Véase también en la primera parte.

el fracaso de una función. Rüffin dice que el *impedimento* aparece cuando fracasa la actividad de la corporalidad, y podemos añadir que sobre todo del cuerpo, en los casos de fatiga, agotamiento, o enfermedad. También a medida que pasan los años la corporalidad aparece más limitada por el cuerpo.

Por eso los animales no saben de la muerte propia ni ajena. El duelo de los perros por la muerte del amo, es la tristeza por la ausencia, por la partida, no por la muerte. Por otra parte, resulta que en los enfermos psicósomáticos no se encuentran los conflictos instintivos que cree encontrar el psicoanálisis. Marty y De M'Uzan publicaron en 1963 un trabajo en la *Revue Française de Psychanalyse* en el que mencionaban que los enfermos psicósomáticos eran particularmente incapaces para producir fantasías. Sus asociaciones en lugar de expresión y símbolo de las tensiones de los instintos, estaban determinadas por los hechos de su vida cotidiana. A estos procesos intelectivos, mundanos, carentes de imaginación y utilitarios, los denominan pensamiento operatorio (*pensée opératoire*). Más tarde Sifneos llamó la atención sobre la dificultad que tienen los enfermos psicósomáticos para exponer sus sentimientos, y recientemente Nemiah y Sifneos han publicado un trabajo cuidado y detallado en el que se comprueban estos hallazgos. Es decir, los enfermos psicósomáticos viven más ligados a la situación presente y menos a las reminiscencias de lo que antes se creía. No puede dejar de llamarnos la atención con lo que sucede en los enfermos con síndrome de reacción exógena como he citado más arriba. Y es que todos participan del yugo que supone la enfermedad del cuerpo que les liga, más que ninguna otra, a su aquí y ahora. Por otra parte, su corporalidad no es la pantalla para una reacción de conversión, sino que, ella misma es la

expresión de su propia alteración, de un modo más inmediato que lo es el lenguaje, incluso que el lenguaje interior. El lenguaje de los órganos es pues un lenguaje de la corporalidad.

Con esto volvemos a nuestro punto de partida. Al referirnos al cuerpo como soporte, no debemos considerar exclusivamente sus aspectos negativos, los que se nos manifiestan en su fracaso, la enfermedad, ya que suelen tener otros que son positivos. El decir que el cuerpo es la estructura subyacente de la corporalidad o decir que es instrumento suyo, en el fondo es una trivialidad, ya que en lenguaje corriente significa que al cadáver sólo le falta la vida para ser un cuerpo vivo. Sin embargo, este hecho ha sido olvidado a menudo.

Todas las estructuras del cuerpo están adaptadas a la corporalidad, por eso de su fracaso nace la enfermedad y en él se basa la biología como estudio de los seres vivos. Cajal fue capaz de crear una fisiología del sistema nervioso extraordinariamente perfecta estudiando únicamente su arquitectura celular.

Dentro de las características del cuerpo humano hay algunas que nos interesan más en la psicología médica y a ellas me referiré.

La postura erecta es una característica única del hombre. En ella la columna vertebral es realmente una columna (Strauss).

La postura erecta necesita de una configuración especial de todo el organismo, que es lo que permite la liberación de la mano de sus tareas locomotrices. Con esto el brazo y la mano alcanzan un dominio del espacio, permitido y exigido porque al alzar la cabeza, se distancia de la tierra, torna sus ojos al horizonte y al cielo y alza los brazos. El olfato, ya distante del polvo, deja de ser importante, y queda reducido a su mínima expresión.

Al liberarse de la función locomotora la mano y el miembro superior adquieren nuevas capacidades. No es sólo que se dediquen a otra cosa, sino que permanecen en un estado de enorme plasticidad. La mano, que no pisa, coge, agarra, aprieta, afloja, retuerce, acaricia, hiere, calma, palpa, detiene y, entre infinidad de posibilidades, también tiene la de curar. Con el olfato sucede algo análogo. No necesitando ya el hombre de él adquiere una nueva capacidad y función. La atrofia de las áreas olfativas libera al rinencéfalo del análisis de los estímulos del medio inmediato a la nariz y permiten que se dedique a otras funciones, especialmente, las afectivas y que se refieren al medio humano, propio y comunitario, en el que vivimos. El rinencéfalo del galgo es al del hombre, lo que una pata es a una mano. La mano sólo ocasionalmente se dedica a caminar, y sólo rara vez el rinencéfalo a oler. Ambos han adquirido funciones más específicamente humanas.

Es muy difícil que el cuerpo del hombre recupere una función perdida. Las fauces del mono están cerca del alimento, mientras que el hombre se lo acerca con la mano a la boca. La boca no vuelve a ser hocico, no vuelve a comer directamente. Sólo mastica lo que previamente ha sido cogido, elaborado, transportado, condimentado, por las manos. El cuerpo del hombre es más indefenso al nacer y, aunque no podemos aceptar la teoría de la fetalización de Bolk, tomada luego por Gehlen, el hecho es que la vida va configurando al cuerpo. El miembro que no se utiliza se atrofia, incluso el cerebro, que parece tener mayor autonomía que otros órganos como ha demostrado Rosenzweig. Sólo por un acto de libre afirmación renuncia el hombre a su postura erecta cuando para orar se arrodilla o se extiende por tierra, como la carmelita en suprema humillación. Todo esto supone una crítica a la

aplicación del jacksonismo a la psicología, a la antropología y aun a grandes áreas de la medicina.

En realidad cualquier segmento del cuerpo sirve a la corporalidad, el ojo a la mirada, la garganta a la voz, los pies a la marcha, los dedos a la palpación, etc. Desde el momento que un órgano está vivo, forma parte de la vida del individuo, es instrumento de la corporalidad. Es la misma corporalidad. Pero al mismo tiempo los órganos pertenecen al mundo. El ojo se debe a la luz (*der Auger ist Sonnenhaft*), el pie al camino, los dedos del médico al borde del hígado que quieren descubrir. Merleau-Ponty se ha referido a la *ambigüedad* que supone que seamos cuerpo y corporalidad, el que seamos una integración de destino e impulso, el que se transforme el ser cuerpo en tener cuerpo, el que seamos la presencia unitaria de un yo corporal y un cuerpo mundano. En esa ambigüedad se fraguan las enfermedades; por eso todas son psicósomáticas en sentido amplio, por eso no pueden separarse el papel de la herencia y el del medio, la causa (etiología) y el sentido de la enfermedad. En esta ambigüedad viven los enfermos, y en ella se mueve el médico. Por eso el médico ha de manipular provocadoramente el cuerpo de sus enfermos y saber estar atento, escuchar e interrogar solícitamente su intimidad. Pero al mismo tiempo, el médico, en un momento preciso, tendrá que tomar distancia de la situación concreta y reflexionar, utilizar el conocimiento que le proporciona la ciencia. Lo primero (la manipulación del cuerpo) y lo último (su conocimiento científico-natural) se enseña ampliamente en la Facultad de Medicina. Lo segundo debe ser enseñado fundamentalmente en la Psicología Médica, y aprendido a la cabecera del enfermo.

III

LAS DISMORFOFOBIAS

1. EL SUFRIMIENTO DE LOS QUE SE CONSIDERAN ESTIGMATIZADOS

La importancia que puede tener en medicina el estudio de la corporalidad puede demostrarse en las más diversas condiciones. He escogido un trastorno que no puede ser considerado en profundidad desde ninguna otra perspectiva y por eso es más ilustrativo. Por otra parte la preocupación por el estudio de los equivalentes afectivos me llevó al problema de la vivencia de la corporalidad en los enfermos deprimidos y en los que padecen trastornos psicosomáticos. Las dismorfofobias, a las que se les presta cada vez más atención, nos permiten aplicar a la interpretación práctica lo que en las páginas anteriores queda expuesto más teóricamente.

Si partimos de los equivalentes depresivos hemos de caer en la cuenta que nos basamos en un material de enfermos que son atípicos o marginales respecto al concepto, ya clásico, de la depresión melancólica. Las maneras como un síndrome psíquico pueden difuminarse y perder sus características esenciales, es una de las tareas más

importantes de estas investigaciones, aunque más correcto sería más bien preguntarse por qué una enfermedad se nos presenta tan multifacética. Hoy día, con el nivel alcanzado por las investigaciones clínicas, es posible señalar que la edad, quizás el sexo, el nivel mental, la educación, ciertos rasgos de la personalidad, la constitución y algunos factores esporádicos (la catagénesis¹, por ejemplo) pueden influir *a veces* en la aparición de uno u otro equivalente. Sin embargo, nos vemos forzado a admitir que numéricamente estos casos son escasos, y aun en un individuo la consideración crítica de los hechos permite dudar sobre el papel de estos factores. Por otra parte, la realidad de la suplencia de síndromes tal y como se viene describiendo en los últimos años (Gröen y colaboradores, Spiegelberg, López Ibor y yo mismo) escépticos cuando nos planteamos cuáles son los pretendidos condicionantes que han determinado el aspecto de una fase depresiva concreta.

Todo esto no es extraño si tenemos en cuenta lo que supone para la persona el impacto de un trastorno tan inquietante, como el que calificamos de melancolía. Desde K. Schneider es bien conocido que durante ella salen a flote los temores primordiales o ancestrales del hombre (*Ur-ängste*), en forma de los tres delirios depresivos más conocidos. La culpa, la ruina y la pérdida de la salud reflejan tres esferas primordiales de la angustia humana, la condenación espiritual, la falta de subsistencia material y la ruina del cuerpo como soporte de nuestra vida en este mundo.

En los equivalentes depresivos aparece clara la perspectiva, en parte nueva, que es la de las relaciones del

¹ Concepto descrito por López Ibor y observado por otros autores (U. Spiegelberg y W. Schulte, etc.).

individuo con su corporalidad. Debido a la presencia de la enfermedad, la realidad corporal del enfermo se hace problemática y sobre ella se concentra la atención del sujeto. Cuando dice «tengo el cuerpo triste», o «me sube una angustia por la nuca», se refiere claramente a un estado psíquico, originalmente un sentimiento de los que calificamos de vitales, pero que a él se le revela a través de su cuerpo, o mejor dicho, a través de una parte localizada en él. Por eso es tan adecuada la expresión de «depresiones enmascaradas».

Los dismorfofóbicos son enfermos que acuden al médico con la preocupación por una deformidad, más o menos evidente o supuesta, con el ansia de verse liberados de ella. Da la impresión que el número de ellos aumenta, a pesar de que no disponemos de cifras correctas, por razones que son fáciles de comprender. Podría pensarse que las posibilidades técnicas de la cirugía correctiva han atraído más personas disconformes con sus defectos, o que, precisamente por este auge, se enfrenta la medicina con la decisión de distinguir las «auténticas» deformidades de aquellas otras que tienen su origen en alteraciones psicológicas. Recuérdese la opinión de Beaton que he citado más arriba.

Un factor que me parece importante y que justificaría el aumento es precisamente la relevancia que ha adquirido la corporalidad en el mundo moderno, en este caso concreto desde el punto de vista del carácter revelador de la persona que tiene. Si el hombre se ha convencido que no es tan fácil ocultar el cuerpo bajo los vestidos, y sobre todo que intenta suprimir lo que el atuendo tiene como símbolo de una clase o estado social, queda la figura humana como el instrumento más auténtico y desnudo para revelar u ocultar la intimidad.

Las actitudes de los médicos ante estos casos están divididas, tanto que, en ocasiones, son por sí mismas causa de mayores males. Es una forma de iatrogenia hasta hace poco desconocida. Por una parte, algunos llevan a cabo con desagrado la llamada cirugía estética (Sournia) o ven mal que otros lo hagan. El cirujano sueco, que, mediante una ostectomía de ambos fémures consiguió reducir la talla de una chica de 1,82 a 1,77 fue criticado por algunos colegas compatriotas. Por otra, algunos psiquiatras (Linn) opinan que no deben pronunciarse ante estos casos, ya que afectan exclusivamente al cirujano. Sin embargo, cada caso es diferente y no cabe duda que tratándose de anomalías claras y corregibles es una práctica de la medicina como otra cualquiera. Mi experiencia en este terreno, como la de la mayoría de los psiquiatras, es muy parcial y selectiva, ya que a nosotros llegan los enfermos psíquicamente más enfermos, aquellos a los que un cirujano responsable consideró que no tenía motivos suficientemente claros o sensatos, o, aquellos más desgraciados, que están psíquicamente peor después de la operación que antes y que exigen nuevas intervenciones. Se trata en este último caso de una forma más de una suplenia iatrogénica de síndromes. (E. Meyer y colaboradores citan 10 complicaciones psiquiátricas entre 22 enfermos operados de rinoplastias, además de la influencia beneficiosa del psiquiatra en el tratamiento del resto. Spiegelberg se ha referido a las intervenciones trans-sexuales en este sentido).

2. LAS FRONTERAS DE LAS DISMORFOFOBIAS

Hemos de delimitar las dismorfofobias de otros trastornos en los que aparece en primer plano la problemá-

tica de la vivencia de la corporalidad, y los tipos clínicos más importantes en ellos. De entrada, no cabe diferenciar a aquellos que son portadores de una deformidad real de los que la tienen imaginaria, y tampoco se plantea la repercusión que pueden tener sobre la vida del individuo o lo que supongan como amenazas de alteraciones fisiológicas futuras. Se trata de un problema que es en sí, y según el criterio del que lo padece, de índole estrictamente estética. Las malformaciones con repercusión fisiológica suelen ser internas sin consecuencias estéticas, como el ejemplo de Sournia de las coartaciones aórticas. Otras malformaciones externas groseras, consecuencias de anomalías en el desarrollo embriológico, como son los labios leporinos y tantos otros, son de por sí tan morbosos que se corrigen, hasta donde alcanza la técnica, independientemente de que produzcan o no alteraciones fisiopatológicas. Una deformidad en el pabellón auricular no dificulta ostensiblemente la audición y se intenta corregir lo mismo que el labio leporino acompañado de paladar hendido que dificulta la deglución.

También dejamos de lado otros enfermos, psicopatológicamente más graves, con delirios de tipo esquizofrénico que viven presos de vivencias de influencia sobre determinados órganos o funciones. En ellos el significado del síntoma es muy distinto, así como su enfoque y el tratamiento de la enfermedad. En el resto, los dismorfofóbicos, lo que se observa es una transición gradual entre lo que no es más que variación individual, más o menos en desacuerdo con los gustos pasajeros, locales o generales de la moda, y deformidad auténtica. Si la intervención del médico en estos casos estuviera guiada por su propio criterio estético caería fácilmente en un abuso de su profesión. Por otra parte, si consideramos que los auténticos dismorfofóbicos padecen una enfermedad psí-

quica no puede extrañarnos que tanto en la forma de ésta, como por lo que se refiere al segmento de su cuerpo que les preocupa, escojan uno ya ligeramente deformado.

Tampoco he considerado unas formas menores, más en relación con una vida psíquica normal por lo que tiene de aceptación social, como son las correcciones de arrugas del rostro en las mujeres o de calvicie en el hombre, que se tratan casi de actos cosméticos cotidianos.

Continuando con la delimitación clínica de este cuadro hay que añadir que, por lo general, no se trata de enfermos que tienen una avidez desmesurada por las intervenciones quirúrgicas. No son *surgical prone*, ya que en los antecedentes escasean las intervenciones (J. E. Meyer y cols.), especialmente las que son ajenas a su problema. Aquí observamos una actitud respecto a la corporalidad totalmente contrapuesta a los politatuados que he mencionado al referirme a la intimidad.

Hay que tener en cuenta un hecho importante. Las dismorfofobias no son una entidad diagnóstica aislada. Hay enfermos que tienen rasgos de otros tipos clínicos bien definidos, y viceversa, hay otro tipo de enfermos en los que existe la misma problemática de la corporalidad. Es decir, la problemática de la corporalidad tiene ramificaciones muy amplias. Una de ellas es la de las dismorfofobias, pero aun en otras aparece esta misma actitud de disgusto ante la propia figura corporal. Merece la pena detenerse en estas fronteras de la dismorfofobia porque ayudará a enfocar mejor su estudio. Por eso llegó a decir Walter que el diagnóstico es difícil. Palazzoli-Selvini hace un grupo con los siguientes síndromes: la anorexia nerviosa, la hipocondría, la despersonalización y la dismorfofobia, que tiene el mérito de llamar la atención sobre sus puntos de contacto. Sin embargo, aunque en las

anorexias la problemática de la figura es importante, por lo menos en algunas de ellas, tienen desde el punto de vista psicopatológico otras características también básicas, que hacen que la problemática del aspecto sea sólo uno entre varios. De todas maneras, para nosotros, que consideramos la anorexia nerviosa como un equivalente depresivo, la afinidad es grande. Como veremos más adelante al reflexionar sobre la psicopatología del cuadro, las dismorfofobias tienen mucha relación con la despersonalización, aunque en éstas está más en primer plano el matiz psicológico y difuso. Por el contrario, no se trata de histéricos, no son reacciones de conversión, e incluso en ellos son raras encontrarlas entre los antecedentes (J. E. Meyer y cols.), a menos que no se tenga de tal reacción un concepto muy amplio. En cuanto a la hipocondría no creo que deba mantenerse hoy día tal diagnóstico como entidad nosológica o ni siquiera como tipo clínico, pues se trata más bien de una actitud psicológica. Por lo que vengo diciendo cabría considerar también a la dismorfofobia como una actitud, y de hecho así sucede en algunos casos. De todas maneras al hipocondríaco lo que le preocupa es el funcionamiento de su cuerpo, y el temor a que sea portador de un desarreglo larvado que de diagnosticarse evitaría el derrumbamiento de su organismo. Al dismorfofóbico en cambio lo que le preocupa es el aspecto, la imagen que su corporalidad ofrece a los demás y a sí mismo.

Una forma menor de la dismorfofobia la constituyen las *eritrofobias*, pero en ellas no se plantea ninguna intervención quirúrgica y tienen, en la mayoría de los casos, una evolución espontánea más favorable. También la obesidad y delgadez y el transvestismo giran en torno a esta problemática del aspecto que es la que me parece nuclear en las dismorfofobias. En cambio apenas si encuen-

tro relación con algunas formas de delirios de la edad adulta como son los llamados de Cotard, los delirios dermatozoicos o hipocondrías circunscritas².

Los temas más frecuentes en mi experiencia son las preocupaciones por la forma o el tamaño de la nariz, las que se refieren a la estatura, las que se refieren a una deformidad clara (pecho excavado), a ciertos rasgos del rostro, o a la mirada. He tenido la ocasión de estudiar a fondo otros casos trágicos como son los que buscan intervenciones trans-sexuales, pero no otros más simples como las mujeres que desean agrandar o disminuir sus senos y otras más.

3. CASUÍSTICA

Para poder adentrar en el problema es necesario considerar algunos ejemplos, que recojo de mi casuística, y en los que salen a relucir las características peculiares del síndrome.

MANUEL. — Consulta en 1969, tiene entonces 33 años, está casado y ocupa un puesto de directivo de una empresa. Viene porque siente «un complejo de inferioridad»; cree que su vida ha sido una serie completa de frustraciones que últimamente han llegado al límite. Es muy tímido, desde niño ha tenido latente ese complejo que se ha ido desarrollando a lo largo de la vida. Menciona cuatro causas del origen de su timidez: primero educación recibida de su padre, miembro de una gran familia de militares, muy dominante con sus hijos; segundo, la presencia de su hermano gemelo (probablemente univitelino) de más carácter que él; tercero, la educación estricta en un colegio de jesuitas y finalmente su casamiento prematuro a los 21 años, cuando aún no había madurado.

² El nombre de hipocondrías circunscritas se aplica tanto a las dismorfofobias (K. Bonhöffer), como a los delirios dermatozoicos (H. Schwarz). Véase también O. Hallen.

Nació durante la Guerra Civil, se crió sano y robusto. Estudiante inteligente pero con mucho temor en el momento de los exámenes. La adolescencia transcurrió en la Facultad de Derecho, era feliz, estudiaba y tenía amigos. Sufre un desengaño amoroso a los 18 años que le produce un gran impacto y pasa una temporada deprimido. Coincidiendo con ello, aparecen unas molestias gástricas que son diagnosticadas de «ulcus psicossomático» (que aún reaparecen durante los otoños y primaveras). Conoció a la que ahora es su mujer y ya antes de su boda habían aparecido en él los celos que le han acompañado desde entonces. El primer día que la novia conoció a su padre, sintió celos de él. Llegó a pensar que su mujer se ha casado con él por motivos económicos, por lo que tiene la necesidad de otra compañía sexual, a veces piensa que ella es homosexual y que tiene relaciones con él por piedad. Dejó un tratamiento psiquiátrico hace unos años porque el médico citó a su mujer para hablar con ella y temió que se entendieran entre sí. Viven encerrados, casi sin salir de casa. Tienen 4 hijos a los que nunca quiso ver de recién nacidos. Tenían que pasar 10 ó 15 días hasta que conseguía acercarse a ellos, todo por pensar que podían ser de otro.

Su carácter es muy difícil, se casó sin terminar los estudios. No se había examinado de las últimas asignaturas porque no se encontraba bien, tan angustiado que no era capaz de enfrentarse con el examen. Su padre, que no sabía este detalle, le había buscado un trabajo de asesor jurídico en una empresa. Por aquella época tuvo que operarse de un oído debido a una exostosis (?), a raíz de la intervención comenzó a considerarse feo, anormal, y a decir que tenía la oreja correspondiente deformada, lo cual era incierto. Creía que la gente se burlaba de él (algo que ya había pensado en otras ocasiones anteriores). Pocos meses después se descubre que no ha terminado su licenciatura y se siente muy mal. Deja de ir a las clases nocturnas a las que iba. Se ve deforme y con el rostro asimétrico, tanto que se convierte en el motivo de las burlas justificadas de las gentes porque les cae antipático. Se exacerban sus celos y su carácter huraño y antisocial. Se vuelve rígido y perfeccionista, y termina por caer en un aislamiento casi total, al que arrastra a su mujer y a sus hijos. Así transcurren estos años, desde los 22 hasta los 33, con algunas consultas de psiquiatras que no pudieron conseguir nada y algunas épocas en las que se encontraba mejor. Encuentra un trabajo pero allí

es tan rígido y perfeccionista que tiene que cambiar de empresa varias veces. En una estuvo de jefe de personal y ningún empleado resistía más de dos o tres semanas con él. En los últimos meses la situación ha llegado a su máximo, prácticamente no tiene trabajo, a pesar de ser socio de una empresa. El ambiente familiar está cada día peor, los niños desconcertados por el carácter inestable de su padre y el mayor dando muestras de sentimiento de inferioridad que terminan por preocupar a su padre. Discute con su hermano con el que siempre había estado muy unido. Su estado de ánimo que anteriormente era presa de abatimientos periódicos llega a caracterizarse por una depresión constante.

La preocupación por su oreja desapareció, en cambio se han acentuado las del rostro. Nota que su boca es asimétrica, el labio superior tiene su lado derecho demasiado rígido —«Si no tolero ninguna imperfección en el orden moral, ¿cómo voy tolerarla en mi físico?».

Epicrisis: Fue tratado con una medicación antidepresiva de forma ambulatoria del tipo de la que empleamos en las neurosis obsesivas. Al cabo de los dos meses se siente ya otra persona. Su figura física ya no le obsesiona como antes («¡Qué le vamos a hacer, uno no puede ser un Marlon Brando!»). Realmente su rostro es armónico y agradable, mide 1,79, y tiene muy buen aspecto. (El temor a una indiscreción en el secreto profesional me impide presentar una fotografía). También ha perdido la rigidez anancástica de su carácter. Poco después consigue trabajo nuevo y en el curso de los meses su vida se va normalizando, los celos desaparecen, y se siente liberado para una vida social, profesional y familiar activa. Él, y sus familiares y amigos ven en él una persona nueva. Continúa una medicación de sostén y en estos cuatro años no ha tenido ninguna novedad. Ha trabajado normalmente en varias empresas, siempre ascendiendo de categoría y remuneración.

PEDRO. — Consultó en octubre de 1966, tenía 18 años, era estudiante (segundo de Derecho) y había nacido en Méjico. Por los datos que tanto sus padres como él dieron se puede reconstruir, en resumen, la siguiente historia:

Es el mayor de cuatro hermanos. Nació de embarazo y parto normales. Fue operado de una hernia a los 5 años, tuvo una hepatitis a los 16 años, que le dejó luego muy aplanado y tuvo que

estar en reposo dos meses en cama; esta hepatitis se le volvió a repetir un poco al cabo de un año. Salvo esto ningún dato en particular. A los 15 ó 16 años por defender a un compañero tuvo una discusión con un profesor. Desde entonces su carácter cambió, le tuvieron que sacar del colegio por esta causa. Le encuentran triste, muy parado, ya no tiene la actividad de antes, ni física (deportes), ni social. Se ha aislado de todos, tiene una actitud como si nada le importase. Sus padres, al regreso de un viaje (marzo 65) lo encontraron peor, más aislado, más triste, sin ánimos de hacer nada y muy empeorado en sus estudios que hasta entonces habían sido brillantes. Después de mucho insistirle les dijo que estaba preocupado por una marca que tenía en la nariz, una pequeña cicatriz que se había hecho en una caída de bicicleta hacía aproximadamente dos años. El incidente con el profesor ocurrió unos meses después de su caída de la bicicleta, no le dieron importancia ya que en realidad no fue nada. Está preocupado por esta deformidad de una manera obsesiva sobre todo por las mañanas, en que se la nota hinchada y le preocupa mucho la marca. Sus padres han notado además que está todo el día en el cuarto de baño lavándose.

El incidente con el profesor fue de la manera siguiente: Pedro ya venía enfrentándose hace tiempo con él. Parece ser que un día que un compañero fue reprendido públicamente por no traer bastante dinero en una colecta y él le defendió de esta injusticia.

A él le gustaba figurar mucho en todo, ser de los primeros, destacar. Esa fue una de las causas por las que chocó con el profesor del colegio. Ahora no puede, le gustaría hacerlo como antes, pero el problema de la nariz se lo impide. «Es un complejo de inferioridad que me retrae». Tiene que hacer mucho esfuerzo para ir a clase, este año le cuesta más que antes. Duerme mal, por las noches da muchas vueltas al problema, le angustia pensarlo y no encuentra solución. La sensación que tiene es de deformidad no sólo de la cicatriz sino de toda su nariz como si estuviera hinchada, si se seca un poco la piel de la misma cree que es una demostración de que todo está cambiado. Piensa a veces que sólo una operación estética podría arreglar la cuestión, pero incluso tiene dudas sobre esto.

Cree que los demás le miran, aunque sea de reojo, porque les llama la atención y esto le obliga a hacer una vida retraída. Ha observado alguna vez que la gente hace algún comentario. Se pone

unas gafas negras para taparse la cicatriz, pero cuando se las pone mucho tiempo, el ancho puente que tienen le hincha y deforma más la raíz de la nariz, y le molesta más. Su tono vital es depresivo y angustioso. Una cicatriz en cualquier parte del cuerpo no le importaría, él se pone las gafas para ocultarse la nariz y a «mí mismo», dice.

También le preocupa la nariz desde el punto de vista fisiológico ya que cree que no respira bien por el orificio izquierdo.

Epicrisis: Ingresó para hacer un tratamiento antidepresivo, con el que empezó a mejorar. Un día decidió no ponerse las gafas para evitar tener más hinchazón. A partir de la mañana siguiente no se las volvió a poner más. La mejoría se fue consolidando en el curso de unas semanas. Las noticias que tengo ahora de él es que continúa perfectamente, a pesar de ciertas dificultades en su ambiente familiar.

ANTONIA.—Mujer de 23 años, nacida en una capital extranjera. Licenciada en económicas. Tiene antecedentes depresivos claros por vía materna y timopáticos en su padre. Es hija única, nacida en parto con fórceps (sin secuelas). Inteligente, brillante en los estudios y luego en el trabajo. Tímida y retraída, especialmente con los chicos. Físicamente muy agraciada, de figura y ademanes elegantes y agradables. Desde los 16 años tiene depresiones periódicas. En la primera comenzó con la preocupación de su nariz «algo grande para su rostro» por lo que fue intervenida. En la actualidad su nariz es bonita. Después de la intervención ha tenido nuevas fases y en todas ellas surge la misma preocupación, especialmente desde la crisis más grave tres años antes de la consulta, a raíz de romper con el que entonces era su novio. Desde entonces las crisis son menos recortadas, ya que en los períodos intervalares no se encuentra bien del todo, y es muy difícil reconstruir el ritmo de las mismas.

Epicrisis: Se recuperó con un tratamiento antidepresivo y se mantiene perfectamente bien, hace casi cuatro años, con un tratamiento con carbonato de litio. Va superando normalmente las limitaciones de su natural timidez.

DELFINA.—Mujer nacida en Cáceres. Sus padres son primos hermanos. Él se suicidó a los 40 años, parece que fue una depresión. Es la mayor de cinco hermanos y todos, menos el último, han

padecido trastornos psiquiátricos, probablemente depresiones, y han sido tratados con electrochoques y psicofármacos. Una prima hermana de sus padres se suicidó, otro primo hermano estaba siempre triste. Abuelo bebedor.

Se crió bien, de niña era estudiosa e inteligente, aunque un poco tímida y acomplejada por haberse criado sin padre. Trabajó en la agricultura y se casó a los 19 años con un carpintero, cuatro años mayor que ella. Ha tenido tres hijos, el último débil mental (etiología desconocida). El esposo es bebedor.

Siempre ha estado preocupada por tener una nariz en silla de montar. A los 29 años tuvo una depresión que fue tratada con electrochoques y desde entonces tiene fases melancólicas y otras hipertímicas, sin que sea posible reconstruir con fidelidad el ritmo de las mismas.

A los 41 años se operó de su nariz. Cree que no quedó bien a pesar de haber puesto en ello mucha ilusión. Por aquella época se encontraba «medio muerta, con el ánimo decaído, ya antes de la intervención». Desde entonces, dos años antes de venir a consultar, está obsesionada con su nariz, preocupada por un enrojecimiento cutáneo que persiste sobre ella. Objetivamente el resultado de la intervención hay que calificarlo como excelente. Desde que la han operado, continúa con su estado de ánimo depresivo y no ha vuelto a tener fases hipertímicas, ni períodos de remisión. Le preocupa su nariz porque es «monstruosa» y que hará pensar a los demás que tiene algo malo. Dice que su padre tenía la nariz tan deformada como ella.

Epicrisis: Con el tratamiento se normalizó su estado de ánimo y la idea obsesiva sobre su nariz desapareció.

JULIÁN. — De 27 años de edad. Consultó en septiembre de 1969. Entonces era ayudante de dirección de cine. Nació en Madrid. Soltero.

Hacia los 21 años comienza a preocuparse porque su pecho se hundía. Él tiene un pecho excavado, y empezó a no sentirse un hombre como los demás. «Tengo que esconderme de todo el mundo, no puedo ir a fiestas ni a nada». Fue sometido a varias operaciones correctoras sin conseguir el resultado apetecido. Finalmente, en la última le hicieron una plastia con una resina artificial. El paciente poco a poco se ha vuelto reservado y taciturno, malhumorado. Desde hace un año no trabaja, está triste, irritado,

duerme poco y con pesadillas. Refieren los padres que en una ocasión estando en Orán, una chica francesa se metió en su habitación con deseos de tener relaciones y él la repudió y del mismo modo en otras ocasiones evita a las mujeres. Cuando la familia le habla sobre temas sexuales, se irrita, dice que sus padres no le comprenden y discute con ellos, acusándoles de que la culpa de que él sea así es de ellos que no debían haberse casado por ser lo suyo heredado. Parece ser que se refiere a que su padre tiene el tórax tan hundido como él, lo cual no es exacto.

Nació de un parto con fórceps y la madre cloroformizada. Tenía un pie equino. La lactancia fue artificial. Comenzó a andar y a hablar normalmente. Estudió hasta sexto de bachillerato; era un mal estudiante, aunque inteligente e imaginativo, inquieto, sensato y respetuoso. Poco constante en sus cosas, primero hizo solfeo, después escultura y últimamente es técnico de cine. La familia es de «nerviosos», la madre considera que sólo ella tiene genio, el padre parece un hombre demasiado pacífico. Tienen otro hijo de 36 años que está casado, con hijos y es muy nervioso. Julián dice que su problema es angustiante, cree que los demás lo saben, lo cual le crea un complejo de inferioridad que no le deja desenvolverse socialmente. No se desnuda, ni se baña ante nadie. El defecto es poco ostensible y menos tras las operaciones. Lleva incluso un acolchado plástico debajo de la camiseta para disimular (esta es la causa del episodio de Orán). Con cierta frecuencia está deprimido, en algunas ocasiones duerme mal, se levanta sin ganas de nada, cuando mejor está es a la caída de la tarde. Tuvo un intento de suicidio con Cianuro (?) y Pentotal, que se achaca a su defecto físico. Dolores de cabeza en el vértex y nuca, palpitations, sensación extraña en el epigastrio y hormiguillo al escuchar su corazón.

El problema le empezó realmente hace 13 ó 14 años, él lo atribuye a la tensión de su familia. Recuerda escenas vistas durante su infancia. Cuando él tenía 13 años hubo una discusión violenta entre sus padres, en la que tuvo que intervenir. Desde entonces tiene una gran agresividad hacia su padre, no puede verle ni oír su voz, dejó de comer en la mesa y cesó todo trato con él. En el curso de los años la madre trató de intervenir y reajustar otra vez las relaciones entre padre e hijo, aunque él notaba que había una fuerza extraña en contra de su voluntad que le impedía acercarse a su padre, a pesar de que volvió a sentir respeto y cariño

por él. Él trataba de no parecerse a él en absoluto y ahí comenzó su problema de su pecho excavado. Su hermano se tuvo que ir de casa por estos problemas de sus padres y por el ambiente que allí había, según cuenta el enfermo. El problema físico, el estado de ánimo y los rendimientos en la vida están últimamente relacionados: «Todo esto está relacionado, ya que si me encontrara bien sería capaz de irme de casa y buscarme otro camino». «Mis padres han obrado muy irresponsablemente, para mí, la morfología del esternón es un reflejo de la maldad de mi padre. Mi hermano pudo casarse y marcharse de casa y yo no puedo librarme de esta huella paterna. Si me operara otra vez sería capaz de decisiones más libres y tendría facultades para poderme ayudar a mí mismo. En definitiva, seré otro, recuperaré el equilibrio de mi mente. Yo no quiero ser como mi padre, ya que fui testigo de escenas muy violentas entre ellos».

En cuanto a su pecho excavado ha sido operado en total cuatro veces, la primera en julio del 66. Quedó el esternón bien, pero al cabo de poco tiempo volvió a bajar, aunque no a su nivel anterior. Un año después, poco más o menos, le repitieron la operación y con el tiempo se perdió también parte de lo ganado. La tercera operación fue preparatoria para la cuarta en la que le hicieron la plastia con unos materiales traídos de los EE. UU. Después comenzó otra vez a sentir la intranquilidad y la falta de ánimo con sensación de depresión, más que el problema estético en sí. Después de esta última operación su estado de ánimo se ha hecho más típicamente depresivo; él planteaba a los cirujanos su problema como una situación-límite y de desesperación e incluso les amenazaba con el suicidio. Hace una vida muy aislada, retraída, sin trabajo, con poca comprensión por parte de las gentes. En la actualidad la situación de su pecho excavado es la siguiente: estando en decúbito la deformidad está muy disimulada, ya que la concavidad la rellena perfectamente la plastia que le han puesto que es de material rígido de superficie ovalada, de un diámetro de unos 15 por 23 cms. Quedan, sin embargo, unas cicatrices bastante acentuadas porque tuvo un problema de rechazo y por las cuatro intervenciones. Al ponerse en pie, la plastia resbala un poco quedando por lo tanto una concavidad en la parte superior al nivel del ángulo de Louis y una prominencia al nivel del apófisis xifoides. Tanto una como otra se apartan apenas 15 mm. de la superficie de la piel adyacente.

Su lenguaje es muy obsesivo, tan anancástico en su estructura, rebuscado en sus expresiones y angustiosos que, en las primeras entrevistas, es muy difícil comprender su significado. Pasa de un tema a otro, perdiéndose en infinitud de pequeños detalles sin conservar un hilo en su conversación.

Epicrisis: Con el tratamiento fue mejorando, su lenguaje se hizo más comprensible y fue capaz de diferenciar más su estado de ánimo, su problema de esternón, sus actividades y los problemas de su familia. Con el tiempo fue mejorando, hasta hacer una vida normal.

Una vez que la mejoría me pareció suficientemente consolidada accedí a que volviera a consultar con el cirujano para que le corrigiera el bamboleo de la plastia y las cicatrices. Después de discutir las posibilidades con él, decidió reintervenirse, pero ha ido posponiendo la operación, unas veces porque tenía demasiado trabajo, otras por vacaciones, en general por motivos triviales. Han transcurrido tres años y sigue sin haberse intervenido, haciendo una vida normal y satisfactoria.

Entretanto, el ambiente familiar que me había llegado a ser conocido, porque traté a la madre de una depresión típica, había cambiado. También el padre estuvo en tratamiento conmigo.

Un hecho que me llamó mucho la atención fue que al principio del tratamiento cuando vino se le pidió repetidas veces que dibujara el esternón antes y después y cómo le gustaría tenerlo, él dibujaba bien la oquedad de cómo lo tenía antes y un poco rellena como la tiene en la actualidad, pero no era capaz de dibujar cuál era la forma definitiva que había de tener su tórax.

PABLO. — Cuando consultó tenía 16 años. Venía remitido de otro establecimiento psiquiátrico. Es hijo único. Su padre (51 años), hombre del campo (guarda jurado) se vino a trabajar a la ciudad cuando su hijo tenía 8 años. Tres años más tarde consiguió una portería y se trajo a su mujer y al chico para que éste tuviera aquí un porvenir mejor. Es algo delicado de estómago y es de poca estatura. La madre (51 años) es algo dominante y al mismo tiempo mima un poco al hijo. Muy preocupado por la forma de vestir, quiere que todo se haga a su gusto.

El problema del chico es que se encuentra bajo. Mide 1,61 y pesa 54 Kg. Lo atribuye a la mala alimentación que recibió de pequeño ya que sus padres se ocupaban poco de él, porque ambos

trabajaban. Nació con un peso normal dice él. Le criaron unas tías con esmero, según los padres. Tuvo varios hermanos que murieron al nacer «yo me tenía que haber muerto también. Me hubiera gustado tener seis hermanos para sentirme más seguro y estar menos solo». Fue a la escuela hasta los nueve años, luego estudió máquina y contabilidad. Hace tres años, ya en Madrid, reanudó la segunda enseñanza, consiguiendo ganar parte del tiempo perdido. El último curso no ha conseguido estudiar por su preocupación. Se crió sano, pasó las enfermedades propias de la infancia «que mis padres no vivieron ya que no les veía casi», comenta.

A los doce o trece años empezó a darse cuenta que su estatura era inferior a la de los chicos de su edad. A los catorce años la preocupación se hizo extrema. Desde entonces hace régimen para engordar poco y crecer mucho, hace gimnasia y deportes y escribe a todos los anuncios del periódico que ofrecen hacer crecer. Consume el día en estas prácticas que no le dejan tiempo para otra cosa. Hace un año comenzó además a visitar médicos, que le mandaban regímenes y tratamientos que realizaba al pie de la letra. Diariamente se bañaba a 35°, hacía 15 minutos de gimnasia, una hora de natación, etc. Un mes y medio antes de la consulta, ya desesperado porque en los dos últimos meses sólo había crecido $\frac{1}{2}$ cm. (se pesa y se mide varias veces al día), dejó todos los tratamientos. Estaba siempre triste, solitario, buscando aislarse de la gente ya que se encontraba ridículo.

Consultó con un psiquiatra al que le llevaron engañado y éste le envió a un hospital psiquiátrico desde donde ha sido remitido a nuestra consulta. Sigue triste, sin ganas de salir, lee mucho, preocupado por problemas religiosos y existenciales «pienso si existe Dios o no», en la destrucción del mundo en un futuro próximo. Amenaza con suicidarse. Tiene miedo a que estalle otra guerra por si se extiende a España y porque espera que en ese momento ya habrá crecido y su vida tendrá más valor que ahora.

Su peso le preocupa también. Quiere estar delgado, una vez consiguió pesar 41 kilos, ahora le gustaría perder cuatro o cinco. También le preocupa la caída del pelo, que peina largo «en señal de protesta». Su rostro es aún algo infantil, no sólo por la forma redonda de su cara y por la textura de su piel, sino porque siendo moreno aún no le ha aparecido la barba.

Su aspiración de estatura es conseguir 1,70 cms. inmediatamente y 1,80 a los 18 años. Luego ya un poco más. Dice que debido a su estatura los profesores en la escuela le tienen marginado, ya que prestan más atención a los altos que «casi no tienen nada que hacer para aprobar».

Rechaza los argumentos que se le dan sobre que la verdadera hombría no está en la estatura, y sobre los ejemplos de grandes hombres de corta estatura, especialmente militares o jefes de estado a los que admira (Hitler por ejemplo). Tampoco le satisface pensar que aún no ha finalizado su período de crecimiento y que espontáneamente ganará unos centímetros o que, probablemente, llegará a ser mucho más alto que sus padres, como pasa con su generación. El deseo del crecimiento para él tiene las características de una idea obsesiva y razona sobre él como hacen estos enfermos. Los diversos exámenes somáticos y endocrinológicos son normales. Las epífisis no están aún totalmente cerradas.

Epicrisis: Mejoró con un tratamiento (psicofármacos y psicoterapia de grupo) que llevó a cabo primero internado, luego en régimen de hospital de día y finalmente ambulatoriamente. La mejoría alcanzada fue lo suficiente como para poder reanudar sus estudios, aprobar el curso, hacer más vida social con sus amigos. Sin embargo persiste una idea de crecer más y su sensación de sentirse marginado por su escasa estatura.

4. PSICOPATOLOGÍA

Psicopatológicamente hay que calificar un trastorno del tipo que presentan estos enfermos como una obsesión. En esto coincido con la mayoría de los autores (Janet, Dietrich, Corbella y Rossi, Noto-Campanella, Tomkiewicz, Schachter, Hay, Alby y cols., etc.), e incluso con el propio Morselli que fue el que en 1886 propuso el nombre de dismorfofobia. No se trata de una sintomatología esquizofrénica, por lo menos en el sentido que en Europa se da a ese término, aunque algunos autores de mayor o menor influencia psicoanalítica así lo consideran (By-

chowski, Fenichel, Stekel, Gillies, Korkina, etc.). Tampoco podemos distinguir, como hace Schachter, dos tipos, uno más cerca de las obsesiones (complejo dismorfofóbico) y otro más delirante (delirio dismórfico), basándose en la respectiva actitud de aceptación o de rechazo contestatario que tienen. La diferenciación entre idea obsesiva e idea delirante no puede hacerse simplemente a partir del criterio de actitud que se toma frente a ella, ya que no es específico de ninguna de ellas. Hay obsesiones que se aceptan y otras que se rechazan, y lo mismo ocurre con las ideas delirantes. La diferencia entre una y otra hay que encontrarla en el trastorno de vivencia de la actividad del yo que se produce en la idea delirante y no en la obsesiva. La primera es vivenciada como impuesta, asedia desde fuera al yo, es alotópica en la nomenclatura de López Ibor. El obsesivo en cambio no pierde la vivencia de la propiedad, pertenencia o mismidad de la actividad de su yo (las obsesiones son endotópicas).

El matiz referencial que toman a veces estos cuadros se debe a que a los enfermos lo que les preocupa es su aspecto, que es motivo de que se sientan mirados, despreciados y aun indagados en su intimidad, pero todo ello sin que el fenómeno pierda su carácter de anancástico y sin que llegue al auténtico sentirse interpelado, avasallado, abordado del que padece una esquizofrenia.

En cuanto a calificarlos de obsesiones o fobias el problema es más secundario. Es sabido (López Ibor) que no hay fronteras tajantes entre unas y otras. También dependen del punto de vista que se tome en un momento determinado; tan lícito es hablar de obsesión dismórfica, como de fobia del aspecto o de las apariencias.

V. Gebattel clasificó las fobias en tres grandes grupos. La espera angustiosa, las fobias psicasténicas y las traumáticas. López Ibor señaló que las dos primeras se

mueven respectivamente en la esfera del tiempo y del espacio. Las dismorfofobias pueden incluirse sin grandes dificultades entre estas últimas, pero me parece importante preguntarnos ahora por qué se hace problemático el aspecto en estos enfermos. La respuesta no puede ser directa. En este punto, como en todo lo que se refiere a las características de la corporalidad, nos encontramos con que los enfermos en general, y especialmente los neuróticos, psicósomáticos y otros psiquiátricos, no hacen sino manifestar las fallas o amenazas íntimas de la naturaleza humana, que pasan desapercibidas a los demás por la fuerza de la espontaneidad de la vida, los que sólo si se ponen a reflexionar se dan cuenta de ellas. El suelo no lo notamos hasta que tropezamos, y estamos tan poco atentos a él, que podemos volver a tropezar por segunda vez. El reloj corre sin que lo veamos avanzar, especialmente cuando nos entregamos con intensidad a una ocupación, etc.

Así pues, si indagamos por el origen de la sensibilidad tan aguda que tienen los dismorfofóbicos para lo monstruoso, nos daremos cuenta de dos cosas. La primera es que muchos de ellos carecen de motivo suficiente para su obsesión, lo cual nos indica que el conocimiento que de ella tienen no lo han alcanzado mediante la reflexión. La segunda es que, puestos a reflexionar, hay pocas personas contentas con su aspecto. Estos dos puntos merecen ser considerados con mayor detención. Es difícil, como médico, convertirse en crítico de estética, pero el hecho es que a veces vienen por esa razón. El cirujano, la familia, pueden considerar que la intervención no es necesaria, o bien una vez realizada ésta, con buen resultado aparente, el enfermo no se siente satisfecho. La enferma Delfina fue presentada en clase después de la intervención y ninguno de los casi 300 estudiantes presentes consideró feo

el resultado de la operación. Aquí pesan los criterios sociales que no hay que menospreciar. En España gustan las mujeres de nariz pequeña, tanto que el calificativo de «chata» forma parte del vocabulario cotidiano de los enamorados. En Francia se considera que una nariz grande da más personalidad al rostro. Entre la nobleza austríaca estaban mal vistos los pies pequeños, etc.

La situación es muy clara en el terreno de la obesidad y delgadez, que van, cada una, adornadas por una serie de características psicológicas especiales y tan conocidas que no vale la pena detenerse en ellas. Esto hace que la actitud social frente al obeso cambie en las diferentes culturas. Es más favorable en Alemania que en los EE. UU., en el campo que en la ciudad, en las clases sociales inferiores que en las superiores (véase J. E. Meyer y A. Tuchelt-Gallwitz). Tradicionalmente la mujer española, especialmente en los ambientes rurales, al casarse transforma su figura y se hace obesa porque cambia su estilo de vida, ya más totalmente volcado a su hogar y a sus relaciones con mujeres casadas. La facilidad con la que solía aprovechar el fallecimiento de un familiar para no abandonar el luto y las ropas oscuras en toda la vida tiene el mismo significado. La mujer de hoy, especialmente en la ciudad, tiene otro papel social y también otra figura corporal. La obesidad tiene el matiz antropológico de la plenitud, del contacto inmediato con la naturaleza, con los valores del presente y las tradiciones del pasado, con la exuberancia vital. En castellano el niño hermoso no es el más bello, sino el más grueso y sonriente. El delgado, con su tempo vital acelerado vive pendiente de los logros del futuro, de la insatisfacción del presente, es el del héroe quijotesco o del que ciegamente confía en el progreso indefinido y en el suyo propio en la sociedad. El que ansía y lucha por el éxito es delgado, el que lo ha

conseguido, y se siente satisfecho con lo que ha conseguido, engorda. El lenguaje está lleno de palabras que expresan estos matices. Satisfecho es el que ha sido colmado. El crecimiento de los adolescentes, su leptosomatización, tiene este sentido antropológico como ya señaló López Ibor hace muchos años.

Así podrían multiplicarse los ejemplos, cada vez más extremos cuanto más exóticas o antiguas sean las culturas en que nos fijemos. No cabe duda que una buena apariencia tiene hoy día un valor social importante, y no exclusivamente en algunas profesiones. En EE. UU. se ha descrito el fenómeno del *heightism* que consiste en la preferencia que tienen las personas de estatura más elevada para alcanzar un puesto importante, incluso el de Presidente de la Nación. Entre dos candidatos que aspiran a un puesto, el más alto tiene tres veces más probabilidades de alcanzarlo que su contrincante.

El que muchas personas se adapten a vivir con una deformidad, o, más aún, el que la incorporen a su existencia e incluso les sirva de ocasión para su propia superación no les consuela a los dismorfofóbicos. Antes he recordado, siguiendo a Buytendijk y Merleau-Ponty especialmente, que el cuerpo es la condición de la propia individualidad. Así podría pensarse que una deformidad, que sirve para dar mayor realce a la imagen propia en contraste con los demás, sería la condición para un mayor sentimiento de individualidad. Realmente no siempre es así aunque los ejemplos históricos son bien conocidos y van desde la actitud de Kierkegaard a la de Napoleón. Otros lo logran a medias, a costa de desviaciones caracterológicas del tipo del resentimiento, siempre grave. A otros, en cambio, no parece afectarles en absoluto su deformidad, incluso a pesar de las circunstancias. Recuerdo un chico que vino hace seis años a ser tratado por nos-

otros. Tenía 18 años, comenzaba sus estudios universitarios y padecía una neurosis de angustia grave. Su síntoma fundamental era la agorafobia que le tenía encerrado en casa, además de vértigos y sensación de despersonalización. En la exploración somática le encontré con pecho excavado extraordinariamente pronunciado, que destacaba aún más por su figura finamente asténica. Aquello no le preocupaba entonces, ni nunca después, ni siquiera cuando ya curado de su agorafobia, practicaba deportes, natación o para sus relaciones sociales o profesionales. Desde entonces continúa viniendo periódicamente a revisión y mantenemos además un contacto frecuente con él, porque vive en nuestra ciudad.

La actitud de los dismorfofóbicos cuyas historias he resumido más arriba es muy distinta. Ellos se sienten denigrados, rechazados, marginados, en virtud de su deformidad. Creen que suprimiéndola cambiará todo, las circunstancias externas (como en Julián), el destino (como en Delfina), o incluso han llegado tan lejos en su aislamiento que dudan de esa posibilidad (Pedro), Kubie y Machie han descrito cómo los trans-sexuales se sienten miembros de una «minoría» segregada y Monello lo mismo para las adolescentes obesas. Para el psicoanálisis la intervención quirúrgica vendría a colmar una fantasía de renacimiento. La ilusión es vana en los casos que conozco, como se ha podido ver *a posteriori*.

¿Por qué no están contentos con su figura corporal los dismorfofóbicos? ¿Por qué no se adaptan a ella como otros? ¿Por qué no logran convertirla en la espina de su individuación y maduración? Ninguna de estas preguntas tiene, si así las planteamos, una respuesta unívoca. El hombre que llamamos sano no vive de una manera tan aguda el problema de su aspecto, y cuando lo hace es de otra manera. Ya he mencionado cómo la vivencia de la

corporalidad es una vivencia de presencia, pero sublimar. Hay momentos en que así no es. La chica que se arregla frente al espejo lo hace pensando en la impresión que causará en la reunión de sus amistades, pero llegado el momento, en la alegría de la fiesta, ya no vuelve a pensar en ello. La maniquí o actriz viven pendientes de sí mismas, e incluso los políticos, pero es por su profesión, y conscientes aceptan las exigencias de un buen aspecto. Saben muy bien que, abandonando las circunstancias en que viven, podrían librarse de la esclavitud de las dietas y cosméticos, o quién sabe si a veces piensan que se puede ser buen actor y buen político a pesar de no ser bien parecidos.

Si al individuo que vive sin preocuparse por su aspecto más que unos minutos al día, o ni eso, le hacemos reflexionar sobre él y le preguntamos nos encontraremos con las grandes sorpresas, que nos proporciona la confrontación que antes he descrito.

Son muy escasas las estadísticas que se refieren a la satisfacción con el aspecto propio, dejando aparte la necesidad de cambio que tienen algunas personas. Busemann ha hecho un estudio entre los estudiantes de un colegio. A los doce años el 12 % estaba descontento con su imagen corporal y a los dieciséis el 28 %. Con la obesidad (J. E. Meyer) hizo un estudio con resultados similares. Las cifras tan extraordinarias no deben de extrañarnos si nos fijamos, como ejemplo, en el consumo de píldoras adelgazantes y de dietas, o, en un grado menor, la proliferación de gimnasias, institutos de belleza y de mujeres aprovechando el más solitario rayo de sol para su bronceado.

La imagen que tenemos de nosotros mismos es muy diferente de la que los demás tienen. Si hemos olvidado la impresión de reconocer nuestra imagen en el espejo,

en cambio recordamos la de oír la propia voz grabada en un magnetófono. ¿Por qué tal decepción?

En los casos que yo he visto destaca en unos más que en otros un hecho muy significativo. Los enfermos viven su anomalía más o menos presunta no como un defecto estético, sino moral. No es únicamente el temor a escandalizar (Dietrich), sino que se sienten portadores de un estigma que es capaz de revelar su intimidad a los demás, de una huella que permite que los demás le tachen de perverso. Se sienten mancillados.

No debe extrañarnos demasiado esta actitud. Al fin y al cabo es antigua como la humanidad (los esclavos, los miembros de las tribus, los judíos circuncisos, se distinguen no sólo por su atuendo sino por determinadas cicatrices indelebles) y perdura en la medicina actual. Gall al desarrollar la frenología y Lombroso con su criminalística, ambos en el siglo XIX, y las teorías constitucionales y la antropometría, que tanto desarrollo ha tenido en psiquiatría, siguen la misma línea de pensamiento que los dismorfofóbicos. El encontrar en el cuerpo las huellas que condicionan o predisponen o, mejor dicho, que identifican la vida psíquica, íntima y personal del ser humano es un viejo sueño de la humanidad, en el que creen estos enfermos. Recuerdan a lo que uno lee como encabezamiento de las viejas historias clínicas de hace muchos decenios: «Enfermo pícnico, que se presenta correctamente vestido para su edad y condición social...».

¿De qué culpas se sienten portadores? ¿Quién pecó, él o sus padres?, podríamos más bíblicamente preguntar. En algunos de estos casos parece ser que los padres, como se deduce de las historias clínicas presentadas más arriba (Pasche dice que se sienten «creados, no engendrados» por sus progenitores). Esto me parece una diferencia esencial con las eritrofobias de los adolescentes. Se sienten

portadores de una maldad íntima y hereditaria. Morel no hubiera encontrado degenerados estigmatizados más puros, más aún, porque para ellos sus «estigmas» marcan su destino. Vuelven con ello a posturas en el fondo caducas, quizá en relación con el pensamiento primitivo, sobre las relaciones entre lo bueno y lo bello o entre la maldad y la fealdad.

Los dismorfofóbicos piensan como los griegos clásicos, que la fealdad externa es reflejo de la maldad interna, y como los judíos, que son herederos del pecado de sus padres. Por esto el nombre más correcto para este fenómeno clínico me parece el de complejo de Thersites que propone Stutte. En efecto, Thersites en el mundo clásico es el feo característico (bizco y cojo) porque así lo describe la *Iliada*. Pero aún hay más, si leemos allí sus hechos, caemos en la cuenta que están todos impregnados de una gran maldad. Deforme e inicuo, como se sienten nuestros enfermos. El nombre de dismorfofobias no es del todo correcto ya que no hace honor a los aspectos variados del síndrome, pero eso pasa con otros muchos, la anorexia nerviosa por ejemplo.

Hay que procurar que estas interpretaciones antropológicas no nos alejen del campo de la clínica, porque si bien nos ayudan a comprender la perspectiva del enfermo, al enfermo y su mundo, ésta comprensión es sólo parcial, es la comprensión «como si» de Jaspers. Realmente la unidad entre lo bueno y lo bello no se da en la mente del hombre contemporáneo.

No hay que olvidarse, que una de las superaciones esenciales que el cristianismo aportó a la cultura y civilización greco-romana fue la de esta distinción. No haría falta ser bello para ser hijo de Dios y digno aspirante a la salvación hecha en virtud de la Redención. E incluso se ha llegado a describir la belleza que se oculta en la

maldad, como en Sade por ejemplo y en los que intentan hoy día seguir sus pasos.

Los dismorfofóbicos que yo he visto tienen algunos rasgos comunes y que por ser tan repetidos merece la pena analizarlos, no ya buscando una comprensión genética, pero sí cuanto menos los rasgos que justifiquen el aspecto que toma la enfermedad (el *sosein* en el sentido de K. Schneider).

En primer lugar abundan los adolescentes. Es natural, es la época en la que la figura corporal comienza a ser importante y no sólo por la vida sexual como quiere el psicoanálisis (libido genital), sino ante todo social. La transición del niño al adulto, más lenta y perezosa hoy día, enfrenta al que la atraviesa con la situación incómoda de no ser considerado como igual por los demás, y sobre todo, muy en desacuerdo con la imagen de la identidad propia. Unos se tendrán por «mayores» sin parecerlo, otros sufrirán al ser considerados como menores por otra adolescente de su misma edad que ya busca chicos más maduros, quizás hombres, etc. Los desengaños, alusiones, comparaciones, pueden cristalizar esta falta de satisfacción con lo que él quisiera ser y cómo le ven los demás. Además durante la adolescencia el cuerpo experimenta un gran desarrollo, no sólo en la estatura y maduración de los caracteres sexuales terciarios (y secundarios), sino de órganos que contribuyen a configurar los rasgos. La nariz es el caso más típico (Linn), aunque hay otros como las manos, la masa muscular, la mirada. Un hecho importante es que al finalizar la adolescencia ya no cabe esperar grandes cambios en la figura, y pueden salir a la luz entonces preocupaciones que se habían mantenido larvadas, como en el caso de Julián. Es frecuente encontrar, si se indaga, que los dismorfofóbicos han pasado años esperando que de alguna manera u otra desaparezca su estig-

ma. La mujer trans-sexual que he mencionado más arriba acudió a mí a los treinta y nueve años de edad, cuando cabía esperar que toda la problemática sexual hubiera perdido virulencia. A ella, en el fondo, lo que más la preocupaba era la soledad a la que se veía abocada, como tantos homosexuales, pero había vivido hasta su adolescencia confiando en una transformación espontánea de su cuerpo, y a partir de entonces pidiendo a Dios un milagro. Un día oyó de la posibilidad de una operación del tipo que necesitaba y dejando a un lado sus esperanzas en el milagro asombroso, consultó con un médico.

Es tal la problemática del adolescente con la figura corporal que a esta edad hay que considerarla, dicen Tomckiewicz y Finder, como «fisiológica».

Otro rasgo es el del origen o nivel social. Ya he mencionado cómo de hecho los dismorfofóbicos se sienten en realidad marginados, y no debe de extrañarnos que esta situación sea, por lo menos en parte, real. Pablo, nacido en el campo, hijo de un portero, se avergüenza de su cuna y esto le retrae de sus relaciones sociales. «No puedo invitar nunca a nadie a casa», dice, no porque no tenga sitio, sino porque le parece demasiado humilde. Siente desprecio y odio por su padre que no ha sabido encontrar un nivel social mejor, sin darse cuenta que si precisamente vino del campo a Madrid fue para ofrecerle un futuro mejor, y que realmente está en condiciones, y dispuesto, a costear a su hijo unos estudios superiores. De los once casos de J. E. Meyer, nueve eran judíos. Ahora bien, no hay que dar una importancia sin más a este aspecto, ya que no todos proceden de familias marginadas. Incluso, uno de los dismorfofóbicos más famosos de los descritos en la bibliografía, Sergio P., el Hombre de los Lobos, famoso enfermo de Freud, padeció en su madurez una dismorfofobia grave. Vivió obsesionado por unas pequeñas glán-

dulas en la nariz y el temor a que ésta se deformara. Era ruso de nacimiento, perteneciente a una muy rica familia de terratenientes, y se sentía orgulloso de ello frente a la situación de los medios judíos de la Viena de entre las dos Guerras, que conocía a través de Freud. Los marginados eran ellos, no él, pero la dismorfofobia la padeció él. Como he intentado demostrar en otro lugar el Hombre de los Lobos no fue un neurótico sino un ciclotímico. Una de sus depresiones más profundas le sobrevino en 1923, a los 36 años, después de sus dos psicoanálisis con Freud. La Primera Guerra Mundial le había dejado en la ruina más completa y sobrevivía gracias a la ayuda económica del maestro vienés. Vivía con su mujer, que también padeció depresiones, en un pequeño apartamento, y tenía un trabajo al principio de poca categoría en una compañía de seguros. Él, que había madurado convencido de tener un destino excepcional (fantaseaba con el hecho de haber nacido un día de Navidad), y orgulloso de las riquezas de su familia, consciente de que su fina nariz era la marca que le diferenciaba del grupo psicoanalítico vienés, se derrumbó totalmente en su depresión. Esta fase duró casi cuatro años y remitió *inexplicablemente* según Ruth Mack Brunswick, con la que estaba llevando a cabo su tercer psicoanálisis. Nunca más volvió a preocuparse de esa manera por su rostro.

Los dismorfofóbicos son personalidades anancásticas a veces, y sobre todo sensitivas en el sentido de Kretschmer, muy sensibles a la imagen que de ellos mismos se puedan formar los demás. Suelen ser inteligentes. En algunos se descubre la existencia de un «trauma» desencadenante, frases o comentarios irónicos, un desengaño o fracaso u otra razón por el estilo. No creo que se le deba atribuir un papel más que accesorio, anecdótico, pero que tiene la virtud de cristalizar sobre él la vergüen-

za del propio cuerpo. Janet se refirió a la *honte du corps*, expresión que resalta el papel que juega la vida sentimental en la configuración de la vivencia de la corporalidad.

Así vemos claro en estos enfermos, cómo el problema de su deformidad no es físico, ni por lo tanto susceptible de ser estudiado con la objetividad que el médico aplica al cuerpo. Tampoco es posible considerarlos como fenómenos psicológicos puros como lo haría una dinámica psicoanalítica llevada a sus extremos. A través de su corporalidad vivida, con su carácter ambiguo, es como se manifiesta (especialmente en estos casos) la enfermedad, de ahí la carga de significados, presagios, y augurios que tiene la sintomatología (cabría recordar aquí, para ser más precisos a Tellenbach, que dice que en las depresiones no se puede hablar de síntomas sino de «fenómenos» que aluden a una totalidad alterada).

5. LAS DISMORFOFOBIAS Y EL CÍRCULO TIMOPÁTICO

Para terminar, no nos basta con haber creído demostrar que un padecimiento, a veces tan trágico como en la dismorfofobia, no puede estudiarse más que a partir de la corporalidad tal y como estudia a ésta la fenomenología. Hay, como médicos, que buscar el origen del trastorno y por supuesto, intentar una terapéutica.

El estudio de la vivencia de la corporalidad ha de llevarnos indefectiblemente al estudio de los sentimientos vitales, es decir, de los sentimientos que como el bienestar, malestar, frescura vital o pesadumbre, que se refieren a ella, y sobre todo de sus alteraciones morbosas.

En las depresiones la vida afectiva se altera. Para K. Schneider la tristeza vital es el síntoma fundamental de

las depresiones, pero no le da el valor de un síntoma de primer rango, o sea patognomónico. ¿Por qué es esto así? No basta decir que los síntomas primarios de la esquizofrenia lo son porque son características de ella frente a las depresiones y manías. K. Schneider dice que cuando en una psicosis endógena aparece un síntoma primario él la diagnostica de esquizofrenia, y si no, no lo hace. ¿Podría haber dicho lo contrario, es decir, cuando en una psicosis endógena se presenta la tristeza vital la diagnostica de depresión? Seguro que no. Aquí el análisis fenomenológico se encuentra con escollos enormes. No puede ser así porque los sentimientos vitales forman parte de la vida afectiva normal de cada uno, e incluso, para K. Schneider (y también para Jaspers) pueden llegar a predominar en ella en determinadas circunstancias como son las depresiones de sub-fondo (*Untergrunddepressionen*). Sin embargo, podríamos tomar, quizá con mayor justificación, el punto de vista contrario y considerar a estas depresiones de sub-fondo como patológicas y emparentadas genéticamente con las anteriores. Esto es lo que ha hecho López Ibor en el caso de las neurosis, personalidades psicopáticas y trastornos psicósomáticos, es decir, al considerar no sólo que en ellos juegan un papel primordial las alteraciones de los sentimientos no dirigidos, del fondo endotímico de la personalidad, que son psicopatológicamente indiferenciables de los que se presentan en la melancolía endógena. Sin embargo, no estaría totalmente justificada la postura que aceptara, sin más, que los sentimientos vitales del sano y los del deprimido se diferencien tan sólo, por así decirlo, cuantitativamente, es decir, que en éstos, dominan e inundan su vida psíquica. López Ibor ha llamado la atención sobre un hecho capital. Dilthey, que fue de quien K. Schneider tomó la descripción de la vida sentimental, no menciona entre los sentimientos vitales

la tristeza vital, porque no es un sentimiento que se da en el hombre normal.

Estudiando los equivalentes depresivos me sorprendió un hecho que me parece significativo. Durante la enfermedad la vida afectiva se altera, pero no solamente por la presencia de unos sentimientos que llamamos vitales, ya que ellos forman parte de la vida psíquica normal, sino porque toda ella se desestructura. Los otros estratos están apagados, pero a la vez se le presentan fenómenos que son transiciones entre uno y otro, son difíciles de diferenciar, más que en el sano o en nosotros mismos, a pesar de que en el fondo podamos considerar toda estratificación como un artificio. Lo mismo sucede con los dismorfofóbicos en relación con su corporalidad en la que se reflejan, abigarradamente, problemas que a los ojos de una medicina científica natural (incluyendo en ella el psicoanálisis) pertenecerían a esferas distintas (social, familiar, ética, estética, etc.).

Así pues, vemos las relaciones entre la vivencia de la corporalidad y las alteraciones de los sentimientos vitales, y si recordamos lo que expuse más arriba sobre el cuerpo como soporte, es decir, el cuerpo como la vivencia de la corporalidad en los enfermos, está condicionado al fracaso del cuerpo, a su inercia en el anciano, etc., es posible comprender cómo los dismorfofóbicos no son, en la mayoría de los casos, más que cuadros depresivos, en los que la presencia de algunos factores como los que he mencionado, justifican que tome tal forma. Si vuelven a leerse los casos citados se verá cómo en ninguno de ellos faltan síntomas melancólicos, y cuál ha sido la respuesta terapéutica. Esto se ve aún más claro en el ejemplo siguiente, en el que además están en primer plano una serie de lamentables errores iatrogénicos, nada raros en las dismorfofobias.

JUANA. — Es hija única, nació de un embarazo a los 18 años de matrimonio de sus padres, cuando nadie la esperaba ya. Habían tenido un hijo de recién casados pero murió a los 27 meses de edad. El padre era, según la descripción del yerno, un gran neurótico, absorbente y rígido, y padecía sífilis. Murió de cáncer de recto. A ella siempre le faltó comunicación con él, a pesar de que le adoraba, hacía de padre y madre y obraba constantemente guiado por su egoísmo y capricho. La madre, de 84 años, vive, es sana pero «rara de carácter».

Cuando consulta la enferma tiene 43 años. Se crió bien, hiperprotegida «como un juguete». Estudió desde los 7 a los 18 años, interna en un colegio bastante rígido, donde la niña se mostró inteligente, pero infantil y mimada. Su personalidad conservó esos rasgos a lo largo de su vida. Se quejaba de falta de afecto, a pesar de que sus padres estuvieran encima de ella de un modo absorbente. Se casó a los 21 años, después de dos noviazgos y sin «apenas haber visto el mundo». Tiene cuatro hijos. Los dos mayores estudian medicina.

El matrimonio ha tenido un desarrollo difícil. En parte por el carácter de ella ya descrito y en el que fueron apareciendo rasgos anancásticos importantes, y sobre todo crisis depresivas, que aparecían con motivos más o menos aparentes y que eran dramatizados por ella. Por otra parte, el marido también tiene sus dificultades. Cuando se casaron le prometió sacarla del pueblo e irse a vivir a Sevilla, cosa que no cumplió hasta los 19 años de la boda. Es un hombre muy ahorrativo que vive obsesionado con seguir los pasos de su abuelo que fue un hombre de negocios, que logró hacer una gran fortuna, y no lo consigue. Las discusiones en casa son a veces por pequeñas mezquindades. Sin embargo, a pesar de eso, y de la frigidez de ella, el matrimonio se iba sosteniendo bien. A temporadas, coincidiendo con una crisis depresiva, ella se aislaba de la gente, o fantaseaba con una vida mejor o se entregaba exageradamente a sus hijos. Solía decir que el día que faltaran de casa ella se moriría, aunque la realidad es que por el hecho de vivir en el pueblo estudiaron todos internos.

Cuatro años antes de la primera consulta (tenía entonces 39 años) se trasladaron a Sevilla. Por aquella época su hija mayor estuvo a punto de irse a un convento. Ella tuvo un enorme disgusto que le aumentó cuando su otro hijo habló de irse a estudiar a Inglaterra.

Por aquella época comenzó a sentirse francamente deprimida, sin impulso para vivir, constantemente angustiada y notando que se le iba la vida. Ella había sido una mujer guapa, de piel muy fina, de cara redonda y de un aspecto mucho más joven del que correspondería a su edad. Pero desde que se casó estaba algo preocupada por el perfil de su nariz en el que se apreciaba una ligera prominencia. La impresión que produce durante la primera entrevista es la de una mujer de una cierta belleza del rostro, de ojos grandes, más bien redondos, quizá no del tipo de la belleza actual, pero sí con un sereno atractivo. Su nariz permanece oculta por el vendaje de una reciente intervención.

La preocupación por el perfil de la nariz fue creciendo. En público adoptaba posturas de tal manera que no vieran el perfil de su rostro. Se sentía culpable de tener engañadas a las gentes que comentaban su belleza cuando en realidad se sentía deforme. Estaba deprimida, llorando constantemente, tanto que sintió que sus ojos perdieron su antiguo atractivo y surgió en ella el temor a envejecer.

Consultó con un cirujano plástico en Madrid, que rehusó todo tipo de intervención, diciendo que era una belleza, lo cual le avivó aún más sus obsesiones y sus sentimientos de culpabilidad. Un segundo colega aceptó corregir su deformidad, pero quizá notando en ella alguna anomalía psíquica, sólo después de que hubiera realizado un psicoanálisis. Fue a un psiquiatra en Sevilla que no supo analizarla y tuvo que trasladarse a Madrid para encontrar uno. Abandonó casa y familia. Al cabo de tres meses dedicados exclusivamente a su psicoterapia, volvió al cirujano, el cual, quizá enterado de en qué consistía un análisis, le pareció poco tiempo. Entonces, impulsada por sus deseos de volver a Sevilla a ocuparse de los suyos, se le ocurrió ofrecer al psicoanalista una salida a su situación. Si él daba el visto bueno para la intervención ella volvería a casa y reanudaría su vida familiar y social abandonada. El psicoanalista accedió, aunque ella en el fondo había perdido ya el interés por la cirugía y no le hubiera costado nada el disuadirla.

Buscaron otro cirujano en Madrid que decidió operarla primero de los ojos y luego de nariz. Con tanto mirarse al espejo, obsesionada por su deformidad había descubierto una tendencia al doble mentón y el médico accedió, en un tiempo previo a estirarle la piel de la cara. Ahora comenta de él que era un intervencionista,

el que, a poco que hubiera insistido, la hubiera operado de pies a cabeza. Como se acercaba el verano realizó la intervención de estirar la piel, dejando para el otoño el resto. El resultado no pudo ser más catastrófico. Había perdido su cara redonda de muñeca, le habían aparecido unos carrillos hundidos debajo de sus pómulos, y unas cicatrices, en verdad mínimas, detrás de las orejas. Así se fue a Sevilla. Allí apenas salía de casa temiendo encontrar a alguien que la reconociera.

Su marido tuvo que vender la casa que tenía en el centro de la ciudad y, apresuradamente, conseguir una en las afueras para que por lo menos saliera a pasear por el campo. Se negó a cortarse el pelo por temor a que en la peluquería vieran sus cicatrices. En septiembre volvió a Madrid, a quitarse las cicatrices y corregirse la nariz. Ante el resultado de la anterior intervención decidió abandonar la idea de corregirse los ojos, en los que se veía unas pequeñas bolsas. El cirujano le propuso dejarle una nariz recta, de las llamadas griegas, que es la única que él hacía, harto ya de los disgustos de sus clientes. El resultado fue una nueva catástrofe y él reconoció su fracaso, tanto que accedió a reintervenirle sin pasarle honorarios, a lo cual la enferma no accedió y regresó a su casa, esta vez para encerrarse y aislarse de las gentes. La nariz no había perdido su prominencia pero en cambio había quedado a los ojos de ella más corta en el sentido vertical, tanto que el labio superior aparecía falto de armonía por su gran distancia hasta la nariz.

Pero ni siquiera el aislamiento de su casa le parecía suficiente, ya que no soportaba la mirada de su marido y de sus hijos. Regresó a Madrid a reanudar el psicoanálisis, pero al cabo de ocho o nueve meses su estado psicológico se había deteriorado tanto, en el sentido de sus antiguas depresiones, que decidió ingresar en una clínica psiquiátrica y abandonar su análisis, que no le parecía un tratamiento bastante a fondo para su mal.

En esa clínica conoció a una enferma que tenía su nariz corregida y con resultados bastante buenos, así que pasado un tiempo, fue al cirujano de esta compañera suya que accedió, sin mucha garantía, a intentar corregir los desmanes de su colega anterior. Pocos días después es cuando acude a la consulta, aún con el vendaje, para preparar su estado psíquico para aceptar el resultado.

El problema era aún más sombrío, ya que había sido víctima de una segunda forma de iatrogenia, esta vez por su análisis. Unos meses habían sido suficientes para que adoptara los esquemas mentales freudianos, que impedían en ella un curso lógico de su pensamiento. Cada frase iba seguida de una interpretación, y ésta de una nueva asociación, todo ello movido por su carácter anacástico. Salpicaba la entrevista con preguntas del tipo «¿Soy sádica o masoquista? ¿Cuál es el origen de mi narcisismo?» y otras más que giraban en el círculo de su solipsismo neurótico fomentado por su análisis.

Por si fuera poco el panorama familiar había llegado a ser trágico, al perder ella la parte de control que le correspondía. La hija mayor, estudiante de medicina, había quedado embarazada de un compañero, huraño y agresivo de carácter y muy resentido por la paraplejía que le tiene condenado en una silla de ruedas, y que padece como consecuencia de una poliomielitis en su infancia. El marido ha perdido gran parte de su pequeña fortuna por la enfermedad de ella, por la compra de la casa y los gastos de la estancia de su mujer en Madrid. El hijo segundo amenaza con dejar la casa y todo hace que sea necesaria la presencia de la enferma en el hogar.

En estas condiciones no es posible realizar un tratamiento ingresada, a pesar de que era lo indicado, ni siquiera de prolongar mucho las entrevistas con ella, y es por lo que se le da un tratamiento antidepresivo con las instrucciones correspondientes. Al cabo de una semana regresa, ya sin la escayola de su nariz, mejor de ánimo y contenta por un descubrimiento que ha hecho. Durante estos días (eran de Semana Santa), ha leído a Santa Teresa. Allí ha encontrado la descripción de sus males: «Tenía Vd. razón soy una melancólica como aquellas que describía la Santa entre sus monjitas». Al día siguiente regresó a casa.

Epicrisis: La enferma siguió el tratamiento prescrito con bastante fidelidad y en sus cartas comenta que su estado había mejorado. Volvió a la consulta ocho meses más tarde, sintiéndose una persona nueva. Se adaptó bien a su vida en Sevilla, ha tomado las riendas de la casa, ha encauzado el problema de su hija embarazada y con el marido ha conseguido una armonía como antes no había tenido. Su vida tiene un nuevo sentido. Después ha seguido bien y me escribe de vez en cuando.

TERCERA PARTE

THE END

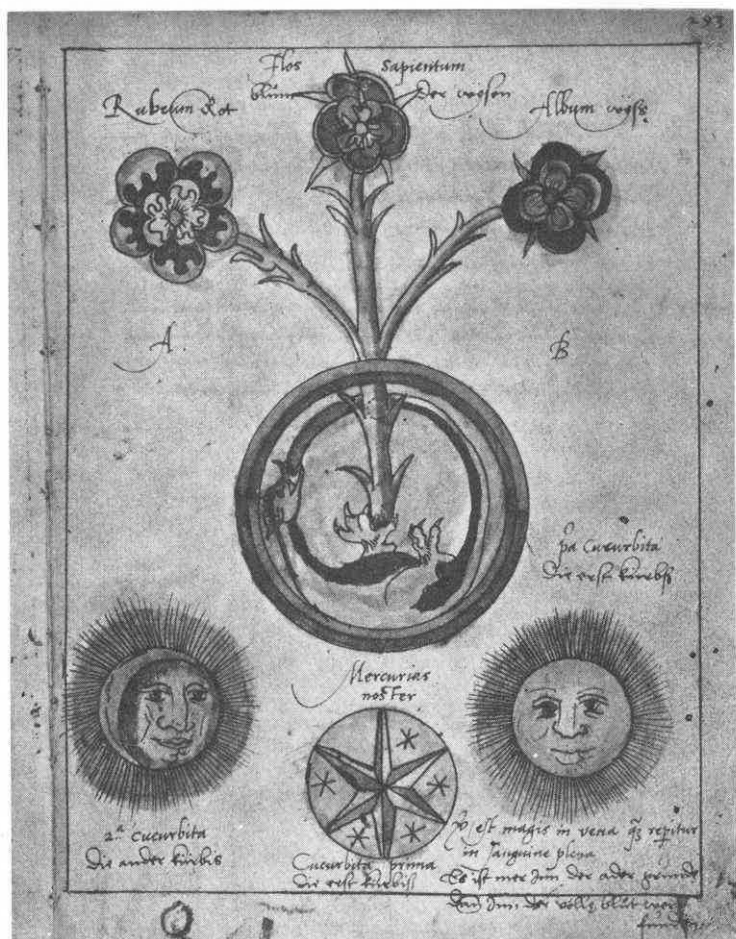
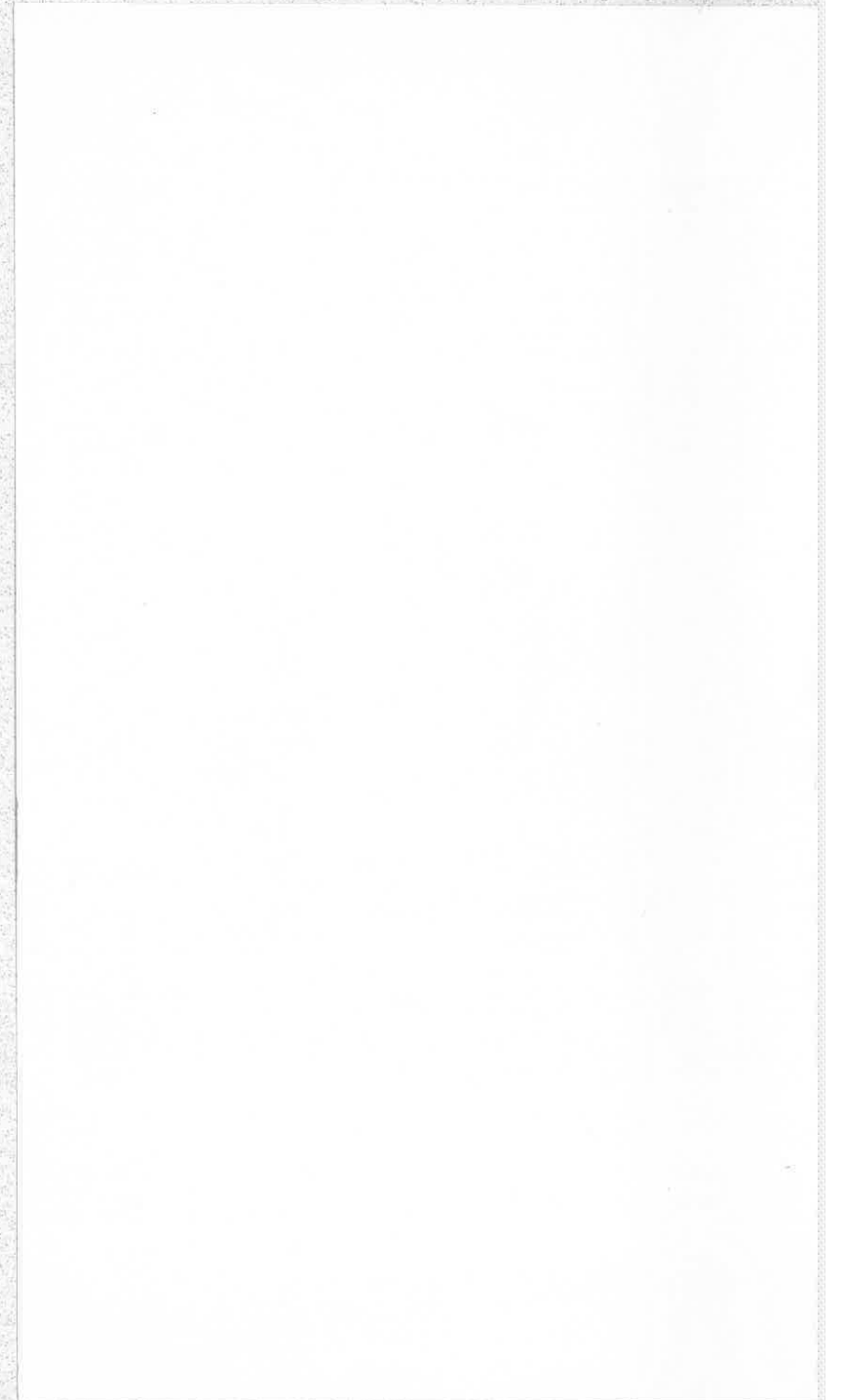


LÁMINA 3. UNA ILUSTRACIÓN DEL MANUSCRITO ALQUIMISTA

En el centro figura el ouroborus y de él crecen tres flores, la del oro, la blanca de la plata y, entre ambas, la azul de la sabiduría.



UNA INVESTIGACIÓN CON ALUCINÓGENOS

DOS AUTO-OBSERVACIONES CON PSICODISLÉPTICOS

Las dos observaciones que se relatan a continuación pertenecen a una serie de experiencias que fueron realizadas hace ya muchos años por psiquiatras de la Sala de Psiquiatría del antiguo Hospital Provincial. Dichas experiencias nunca fueron publicadas ni tampoco proseguidas, ya que no arrojaron ninguna luz en cuanto a su finalidad que no fue otra que la de la provocación de una «psicosis modelo» como a la sazón se intentaba en otras clínicas de todo el mundo. El descubrimiento de la capacidad alucinógena de la dietil-amida del ácido lisérgico (L. S. D.) por Hoffmann pareció abrir un nuevo método de investigación de los trastornos mentales. La psiquiatría se ha encontrado siempre en desventaja frente a otras ramas de la medicina, por la rareza con que puede recurrir a la investigación experimental que, por lo general, ha de hacerse en animales, por motivos éticos evidentes. El descubrimiento de una sustancia capaz de provocar transitoriamente lo que prematuramente se calificó como una «esquizofrenia artificial», prometía nuevas rutas a la investiga-

ción psicopatológica y somatológica (farmacoterapéutica especialmente). Como sucede tantas veces, aquel optimismo no pudo confirmarse. Por una parte el cuadro clínico, si bien era aparatoso y florido, no ofrecía dificultades de diagnóstico diferencial con la auténtica esquizofrenia, ni su sintomatología tenía la consistencia de aquélla. La psiquiatría práctica había convertido en dogmáticos los puntos de vista de los clásicos y así era costumbre exigir la presencia de un trastorno de conciencia para diagnosticar un síndrome de reacción exógena de Bonhoeffer, cuando él mismo había señalado ya las limitaciones de este criterio considerado aisladamente. En los últimos años nos hemos acostumbrado a reconocer estos cuadros exógenos con conciencia lúcida, porque son frecuentes en ciertas intoxicaciones de los adictos (alucinógenos, anfetaminas, etc.) y porque Wieck las describió con minuciosidad con el nombre de síndrome de transición o transitorio (*Durchgangsyndrom*). Por otra parte Zutt, que fue discípulo de Bonhoeffer, ha señalado cómo la conciencia tiene una estructura polar, y cómo hay alteraciones exógenas (las psicosis pervitínicas) en las que el nivel de conciencia no está disminuido sino aumentado. Este fenómeno se reproduce a menudo en otras intoxicaciones con alucinógenos.

Hay un hecho importante y casi constante que, aunque conocido desde hace tiempo, apenas ha comenzado a ser mencionado recientemente, que es el de la sugestionabilidad del sujeto en el curso de estas intoxicaciones. Esta sugestionabilidad es análoga a la de otros cuadros exógenos como el *delirium tremens*, o a la de los ensueños cuyos contenidos pueden ser influidos por circunstancias ambientales. Los adolescentes fumadores de marihuana alucinan sobre los temas que esperan alucinar, igual que los fumadores de grifa del Norte de África o Canarias solían

reunirse en grupos en torno a un «rollista» que, actuando de narrador inducía las experiencias de sus compañeros. Así se explica la discrepancia entre las observaciones de Beringer, que encontró que la mescalina no provocaba la aparición de un material inconsciente reprimido y los de Leuner que ha sido uno de los pioneros en el empleo de los alucinógenos con esta finalidad de «forzar» las posibilidades de la psicoterapia (véase Willi, en la obra de M. Bleuler citada más arriba). Leuner, como tantos otros que experimentaron en sí mismos o con enfermos con esta finalidad terapéutica, se colocaban o colocaban al sujeto en una situación de expectancia que, gracias a la sugestionabilidad antes mencionada, provocaba un contenido «interesante». El hecho ya era conocido en el análisis de los sueños que seguían la pauta de la escuela del psicoanalista que la estuviera llevando a cabo. Es decir el discípulo de Jung induce sueños jungianos a su cliente, como el freudiano, adleriano o kleiniano, los suyos respectivos.

Así pues, aquellas auto-observaciones de los médicos del Hospital Provincial, como tantas otras, no aportaron nada nuevo al panorama de la esquizofrenia a pesar del quantum de expectación que conllevaban. Sin embargo repasadas hoy, nos damos cuenta que son muy ilustrativas para el estudio de la experiencia de la corporalidad, y cómo se manifiesta ésta en un estado que se vivencia como desintegración de la misma. La descripción psicopatológica es muy distinta a aquellas formas de esquizofrenia en las que predominan las quejas hipocondríacas o las vivencias de influencia corporal que fueron recogidas por Huber con el nombre de esquizofrenia cenestésica.

Insistimos pues, en que la finalidad de las observaciones que se recogen a continuación no son la de investigar sobre la experiencia de la corporalidad, sino sobre la

«psicosis modelo», y por lo tanto podemos considerarlas como más liberadas de la expectación y sugestionabilidad mencionadas.

Las observaciones son una transcripción literal de la grabación en cinta magnetofónica de la sesión. La situación de trabajo era muy simple. Un médico ingería el fármaco elegido y permanecía en compañía de otros dos o tres. Cada uno de ellos exponía en voz alta sus observaciones, la grabación recoge el diálogo.

INTOXICACIÓN POR EL ÁCIDO LISÉRGICO

Sujeto de pruebas: Un médico colaborador de la Clínica.

Edad del sujeto, 26 años. Dosis, 0,1 mg. por vía oral. Hora de ingestión de la dosis, a las 7,30 de la mañana.

En esta ocasión nos referiremos cronológicamente a la reacción:

7,37. «Noto como una aura de una claridad muy especial que me partiera del cuerpo, como si hubiera un gas fosforescente muy iluminado. Lo notaba más en el pasillo. También un dolor punzante en el cráneo.»

7,42. Intranquilo, guarda y vuelve a ojear un libro. Lee.

7,45. «Los colores los sigo viendo bien, pero al momento de fijar la vista se difuminan, como al ver una letra mal impresa.» «Tienes la carne un poco verdosa.» «También al abrir el cajón de la mesa y por la habitación, creo que veo bien los colores, pero se me acentúan más los verdosos y espectrales.»

7,55. «Una relajación muy grande, noto disociación entre el pulso y todo lo corporal.» «Siento que pueden aparecer sensaciones corporales extrañas.» «En ese rincón...» «Oye, que no entre nadie que me voy a poner muy raro.» «El rincón... el rincón.» Sudor frío en las manos. «En ese papel he visto un tono rojizo (es blanco se le dice). «Nada, nada es rojizo.» (Se le ve ahora dejado, como ebrio y se le pregunta sobre esto.) «Me siento como con una

borrachera algo ligera, pero tengo confianza en el control.» (Se le pregunta si está seguro.) «Voy viendo que se gesta un mundo alucinatorio.» «Los objetos, al mirarlos, se me aparecen.» «Lo que se nota normalmente me es estímulo, no compulsivo, sino por inseguridad general.» «En el vientre he notado algo... no lo digo porque invento.»

7,57. «Ahora siento el temblor.» «Estos movimientos que siento que hago son mezcla de inquietud y temblor. «Sospecho que no tendré alucinaciones considerables.» «Impulsos de risa pero no es una euforia.» «Un temblor en el vientre.»

8. (Copia la silueta del dibujo.) «Veo perfectamente el modelo y los defectos de la copia, al trazar la raya veo al lado un halo del mismo color.» «Seguiría trazando la raya. Estoy un poco sujeto a los estímulos que me mandan, se me hace difícil copiar.» «Veo mis dedos azules, todos azulados, desintegro los colores. Los movimientos que hago, cuando tropiezo la mano (mueve la mano lentamente en el aire mirándola) la siento flotando (se mantiene semiincorporado, con las rodillas flexionadas), noto la gravedad que me tira pero no peso, noto el cansancio como unas noticias muy puras de las articulaciones.» «Parece como la conservación catatónica.» Repite lo anterior de la mano. «Esto es anómalo, anótalo, mira los movimientos que hago, las sensaciones cenestésicas no corresponden a lo visual.» «Como si mandara el mandato por radio.»

8,07. «En conjunto siento una sensación cenestésica agradable, ahora me recostaría (inclinándose hasta el límite del equilibrio) y siento la falta de equilibrio, pero me llega como noticia muy pura.» «Entiendo las marionetas, un alma movida por cuatro hilos.» «Si tuviera afición al ballet sentiría deseos, no me costaría nada.» Hace movimientos, pasea, paso de ballet, posturas raras.

8,10. Pone la mano ante los ojos. «Voy a cerrar los ojos a ver si veo algo.» «Caleidoscopio muy confuso, colores con figuras con tendencias geométricas. ¡Huy! Una combinación de espacios y colores.» «Recuerda lo de los grabados de D. Juan» (eran de Lassansky). «Ahora sí me siento más inquieto, más inquietud motora me siento y me doy cuenta como, exteriormente, se nota mi inquietud. Por dentro siento opresión, como sofocado, me siento sensaciones algodónadas.» «Me sube un calor con oscilaciones de frialdad.» Se recuesta, mueve y mira a su alrededor. «Anota bien que toda esta inquietud no es desagradable.»

8,15. Deja caer las manos con fuerza sobre la mesa y tamborelea con los dedos. (Al copiar la silueta traza una línea recta.) «Sigo el impulso, impulso eufórico de contestar fuerte a ese que grita en la habitación vecina» (es cierto que se oyen voces). (Sigue trazando la línea y explica que, más tarde, seguiría dibujando, pero que en aquel momento deseaba seguir la línea recta, porque): «Tengo la sensación de surcar y arar la tierra y ver el cambio de color, al secarse la tinta veo empaparse el surco, es un carácter permanente, mucho más vital. Me distraería con cualquier cosa.»

8,18. Inquieto, pega saltitos en la silla, agacha la cabeza, cierra los ojos, pone la mano ante ellos. «Gana de fijarme en las sensaciones pero...» «Motilidad coreica aunque no consigo captarla, quiero atender a los distintos estímulos, luminosidad con los ojos cerrados.»

8,20. «Siento así una inquietud como os digo de algodones, es... Quiero seguir todas las sensaciones.» «Parece como si perdiera el control, no puedo centrar el pensamiento.» Preguntamos por el test gestáltico-visomotor. «Cualquier cosa me pasa lo mismo. No centro nada.»

8,22. Actitud algo perpleja, suspira frecuentemente, expresividad cambiante. «Ahora empiezan las cosas perceptivas, veo los dados azules un momento.» «Tonos verdosos, se me difumina todo.» «Ahora son sensaciones desagradables, malestar corporal y seguir flotando, muy intenso.» Cierra los ojos, los deja entreabiertos. «Los tonos azules, azules fugaces, es de un azul cobalto.» Con los ojos cerrados: «Mucho brillo, figuras geométricas, espacios que se se...» «Grabados del argentino (se refiere a Lasansky) pero mucho más ricos.» «No puedo concretarme en la preocupación por mi estado.» «Noto una euforia que se me contagia fácilmente.»

Le llaman por teléfono por conferencia y habla coherentemente. El que está en el otro lado de la línea nos dice que ha notado cierta euforia y un tono de voz más elevado de lo habitual. «De todos modos tengo ganas de que me pase, puedo concentrarme ahora mejor que antes.»

8,30. Pasea y se sienta semitumbado en la cama. «Peso mucho en la cama, sensación de plomo, las costillas de plomo, la caja torácica la siento inerte» (es el más delgado de los colaboradores). «Las costillas de plomo una imagen muy viva.» Se mira las piernas con sonrisa vacía. «Me veo pequeño, corto.»

8,35. Sensación de que la cosa no es muy desagradable. «No es peligrosa.» «Deseo de controlarme.» Tiembla, pide que le haga una exploración de su coherencia.

8,37. Vuelve a copiar el modelo de la silueta. «Antes me dejaba llevar de la sensación aquélla (línea recta) pero ahora quiero concentrarme en el dibujo y seguir el control.»

8,45. Vuelve a cerrar los ojos. «Todo se hace caleidoscopio. Veo azules y verdes que pasan al rojo fácilmente» (le sugerimos colores, rojo anaranjado, etc., y dice que aparecen al cabo de unos instantes). «No puedo relacionarlos con nada, rótulos luminosos.» «Calles de Nueva York.» Mira la pared: «Vidrieras góticas y gritos en un ambiente monacal.» «Las formas se me hacen más confusas. No veo formas alucinatorias concretas, parece como si viera humo.» (Después dice que veía la forma de un médico, la bata blanca en la habitación vecina a través de las vidrieras de la puerta y ello y las voces distintas —realmente había ruido— le había sugerido un ambiente monacal, gregoriano.)

8,47. Se comienza la aplicación del test gestáltico-visomotor B. G. Copia correctamente la figura A. En la fig. 1 da vueltas al papel, cuenta los puntos: «Tengo que hacer un esfuerzo para hacerlo bien. Veo otros puntos en el papel. Al fijarme saltan como pulgas por todos lados. Quiero controlar puntos antes que se me escapen.» «Veo puntos brillantes en las manos, te veo azul el pelo.» «Chispas muy brillantes al saltar del pitillo.» Fig. 2: sigue contando los puntos. «Todavía puedo pensar en la colocación, pero me salen unos rabitos que no puedo evitar.» Hace gestos de esfuerzo. Fig. 3. La realiza con gestos de esfuerzo. «Esfuerzo para concentrarme. ¡Eh!, uno, dos, tres, uno central, uno, dos, tres, la he hecho más achatada.» Acompaña sus palabras con gestos variados y exagerados. «Voy a repetirla, no puedo darle los tonos azules en el pelo.»

8,52. Bromas necias, repite lo que dice, se aparta del test, se distrae, sonrío. Fig. 4. La repite peor aún por segunda vez, parece esforzarse. «Debe ser desagradable ver esto en otros, me siento inquieto.»

8,55. Sonríe, suspira, cierra los ojos, pálidos, ojeras, se lleva la mano a los ojos, la pasa por la nuca, suspira. Con la mano en los ojos: «¡Culebras con bordes luminosos, es un mundo!» «Formas parecidas a las cuevas de los belenes.» «Alucino al cerrar los ojos, es maravilloso pero desagradable, sería magnífico si se viviera

con tranquilidad.» Fig. 5. La deja a medio hacer, insiste en contar los puntos. La repite, se levanta y pasea. Al ver que escribo: «Escrito como si fuera escritura árabe.» «Voy controlando formas, el pitillo (colilla) como forma de culebra.» En una fotografía de colores ve algunos muy vivos sin modificación formal. Fig. 6. «¡Huy! Esto es más difícil porque tengo que contar ondas.» Sigue con la mano izquierda el contorno del modelo mientras que dibuja con la derecha.» Sí, ahora he localizado el punto este, concentro más, concentro más.» Es necesario llamarle continuamente la atención hacia el test pues se distrae. Fig. 7. «La figura la veo bien, pero al intentar pasarla pierdo el control.» Suspira y respira fuerte. Fig. 8. «No hay que trazar un hocico de cerdo ni ratón.»

9,02. Termina el test. Pide reproducir la silueta. «Perfil muy animado pero no puedo fijarlo.» Anotamos la hora sobre el papel y dice 9,3, 9,5 ¿qué me quieres decir con eso?» «El vaso ha cambiado de forma, una cara de gorila pero no es una alucinación, siguen sin aparecer las alucinaciones.» «No no tengo ni idea del tiempo.» Le damos un caramelo y lo rechaza. «Dámelo sólo para meterlo en la boca, me es incómodo desenvolverlo. Es agradable y se mezcla con las demás sensaciones.» «Me está haciendo pruebas de estímulo gustativo me siento enfermo observado pero no de manera desagradable.» «No hay tanto control como creía antes de empezar la prueba. Veo a éste con cara de lechuzo. Me hace gracia que me estéis observando» (se refiere a sus compañeros). «Pierdo el control de mi capacidad de observación. Me fijo mucho en las pequeñas cosas que llaman mi atención.» «Todo es muy gracioso.»

9,12. «No tengo impulso a dibujar pero voy a escribir mi firma.» Desconfía de que sea verdad lo que leemos para dictarle y quiere ver el libro. Relee lo que escribe y lo comenta. Deja, de escribir, arroja la pluma sobre la mesa y nos mira riendo.

9,15. «Ahora sí que cambia todo.» Mueve la mano en el aire y «Ahora estoy trazando figuras.» Se dispone a marcharse poniendo el abrigo.» «Eso es una prueba.» Parece cada vez más desconfiado de todo. «Siento necesidad de decir lo que veo, libro, pinturas, etc.» y nombra los objetos de la mesa.

9,20. «Tengo ganas de que acabe todo, que me llevéis a la cama, espero que él vuelva, esto es muy interesante.» «Por favor que no venga él, sería horrible. Que no entre nadie.» Patea al an-

dar. Ve sombras en tonos azules detrás de él y a otro como si disminuyera de tamaño. «Ya consigo que se vayan, tengo miedo de perder el control.» Tirita y respira ruidosamente. «Lo que viene de la realidad me conforta, los quejidos, los ruidos, la colilla en el suelo.» Sequedad de boca. Conciencia clara de la prueba con ácido lisérgico. Habla de modo telegráfico, cortado y duda de si creemos de su capacitación en la realidad, quiere comprobarlo pero sigue con dudas.

9,25. Se sienta en el suelo haciéndonos observaciones sobre una mancha en él. Pasea inquieto, respira ruidosamente, suspira, suspicaz. «La hermana se da cuenta de cómo estoy y no quiero que entre más». Apoya una silla en la puerta. «Me doy cuenta del automatismo de este movimiento de desconfianza.» Y retira la silla. «Te ruego que no sigas con estímulos pues podría perder el control.» «Han encendido la luz y está encendido el brasero.» «Soy consciente de estas ideas paranoides.»

9,30. Cualquier pequeño ruido del exterior llama su atención y mira desconfiado. «Hace un rato se ha repetido lo mismo. Me doy cuenta de la desintegración, manos frías» (copia una silueta y ve un pelo en la hoja). «Ese pelo me los has echado como prueba.» Quita el pelo y pregunta. «Ahora no está el pelo ya. Los ruidos familiares me confortan. Me gustaría oír el tren. Las observaciones son muy interesantes ¿No? Lo serán con lo que yo añada.» «Anota, anota esto, especial conciencia de que es dura la prueba; angustia. Es una angustia que cuando voy a decirlo ya ha cambiado.»

9,37. «¿He tenido verdaderas alucinaciones?» Perplejo, inquieto se pasea. «Me gustaría un antídoto para que terminara la prueba.» «Tus sugerencias de placidez y ansiedad son muy eficaces, pero por favor no hagas más.» (Nadie hizo sugestión en este sentido.) «D. Juan se enfadará si entorpecéis la prueba.» Coge una cerilla del suelo y dice: «Es un alivio cogerla, me gustaría que estuvieran aquí todos los del Servicio.» Hace cálculos de la hora y fracasa, no se concentra.

9,40. Se sienta ante nuestra orden: pulso 132/m., manos frías, inquieto, tiembla. «Gracias, gracias por vuestras sugerencias agradables. Sois muy buenos.»

9,45. Progresivamente más intranquilo. Se sugestiona fácilmente. Pide que nos vayamos de su lado. Miedo y no sabe a qué. Al darle la mano dice que está tranquilo y sonrío. Todos nuestros

gestos le parecen destinados a un cuestionario. «La radio parece que la diriges tú para sugestionarme. Me doy cuenta de que haces las pruebas.» Mira continuamente la hora, cree que le engañamos respecto a ella. «¡No me hagáis faenas con el reloj!» Sigue paseando intranquilo. «Las sugestiones agradables tienen más eficacia pero se esfuman pronto.» Continúa viendo sugestiones en todo cuanto hacemos.

9,53. «Narcovenol, por favor.» Pasea inquieto, gime, suspira. «Tengo miedo de que se me apodere del todo el mundo alucinatorio.» «Anota, por favor, que es muy importante la prueba.» Insiste en las sugestiones, se pasa la mano por el abdomen como si le doliera con expresión dolorosa: «Qué cojonuda es esta prueba.» El hablar del tiempo le tranquiliza y el pensar que mañana habrá terminado «esto». «Hazme más sugestiones del transcurrir del tiempo. Estoy muy propicio.» (No se le ha hecho la más mínima sugestión ni indicación en todo el tiempo de la prueba.) Intentamos que se domine y centre su atención a partir de ahora, pero no lo consigue. Recoge objetos del suelo. Inquieto por el estado de su aparato circulatorio y se lamenta de haber tomado el L. S. D. «No leí bien lo que registró el otro pero para mí es mucho más intenso.» Incoherente. «Viene la ansiedad por oleadas. Olas del mar. Mar, mar que tranquiliza. Narcovenol, quiero dormir ¡Dormir! Dadme Narcovenol, Largactil, Somnilefas y todas esas puñetas... pero sería más lento y no puedo acostarme por la inquietud motora que tengo. Atadme, atadme. La inquietud motora la siento y sigue... Inyectadme algo...» (Más adelante recuerda que la ansiedad le venía por olas relacionada en parte por los movimientos respiratorios y por eso respiraba fuerte para calmarse.) A la vez tiene una sensación oscilante del transcurrir del tiempo, más rápido, más lento, teniendo en ocasiones la sensación de que en un solo movimiento respiratorio transcurriría un largo plazo de tiempo, suficiente para pronunciar una larga frase. Todo lo anterior de ansiedad-respiración-tiempo se confundía con la inseguridad sobre la situación espacial. Al intentar fijar espacio y tiempo se confundían ambos conceptos. Recuerda vagamente haber tenido pensamientos como el de poder «volatilizarse temporalmente de la espacialidad». Los esfuerzos para expresar todo esto le hacían aparecer incoherente, pero él tenía conciencia de tal incoherencia.

Dándose cuenta de la velocidad a que hablaba se lamentaba de no tener un registro veloz a mano. Se le dice que hay un magnetófono que registra cuanto habla, pero no lo comprende. «Mi palabra es más veloz», dice.

«La sugestión de antes de estar quieto sigue. Vuelvo y me estoy quieto de pie.» Queda durante unos instantes rígido en medio de la habitación (cuando intentamos obligarle a dominarse y aplacar su agitación, cree que es una sugestión para sumergirse en un estado catatónico). «Tu respiración me influye, son pruebas de sugestibilidad» (dice que las anteriores oleadas de ansiedad eran también desencadenadas por nuestra respiración). «Saca más papel, sólo tienes dos hojas.» Las toca desconfiadamente. «En un solo movimiento respiratorio paso de la mayor ansiedad a la más absoluta tranquilidad.»

10,05. Le pedimos que saque unas hojas de papel del tercer cajón de la mesa. «Uno, dos, tres, cuatro cajones, igual de grueso. Los mismos de siempre y una avispa zumbando y la mosca que se mueve.» Mirando al suelo junto a la mesa. «Esto son alucinaciones verdaderas. He visto una avispa zumbando.» No saca el papel que le pedimos. Se desvía, se torna incoherente. Todo le llama la atención y lo comenta. (En este momento es cuando le apreciamos seguramente más disgregado.) Por fin saca las hojas ante mi insistencia y comenta: «Dos o tres más. Dos o tres más.» Las cuenta varias veces y lo repite. Mira la hora apretándonos fuertemente el brazo en que teníamos el reloj. Recuerda luego haber tenido la impresión de rompernos los huesos y pedir perdón por ello como algo sin importancia. Recoge un pedacito de madera del suelo y una colilla y nos la trae al papel en que escribimos como testimonio de que aún puede captar y describir objetos reales. A continuación exclama con elevadas voces: «Las sensaciones en la percepción espacial... No he dicho espacial y es TEMPORAL, temporal, temporal, temporal, porque el espacio lo mantengo mejor agarrado a mis pelos...» Vuelve a pedir Narcovenol para dormirse. «Tú no quieres dármelo. Me doy cuenta de que la objetividad de la prueba te hace ser un poco cabrón.» Preguntamos si quiere fumar: «No, hace tiempo o poco tiempo que he fumado. Te he recogido una colilla como registro de la objetividad y realidad.»

10,10. «Recuerdo haber visto una avispa zumbando en el suelo, es una de las pocas alucinaciones seguras. Y las colillas en el

suelo» (después de ver una colilla real había visto el suelo sembrado de ellas). «Las colillas, la avispa, los gritos de S.» «Sí, mañana voy a controlar las insulinas y las dosis de reserpina y las pastillas esas.» Pasea en actitud meditativa comentando los tratamientos. «Ahora todavía con una hermana comprensiva podría seguir dictando los tratamientos.» «Esas oscilaciones en el tiempo... si era lento o rápido.» Inquieto. «Voy a recordar las alucinaciones de la avispa zumbando en el suelo. Es interesante la prueba esta, pero sigo sin querer que salga del cuarto.» «No lo hago.»

10,17. Las frases son cortadas, sin terminar, las repite varias veces, mezcla términos y frases, se hace incoherente, pero en ocasiones es coherente. «No te pierdas detalle chico, que esto no se repite.» Tanto en ésta como en otras frases de los momentos de mayor lucidez parecen querer traslucir un deseo consciente de broma y de importancia por lo que ha hecho. «Soy un macho ¿Eh?» «No todos los colaboradores son capaces de hacer esta prueba.» «Qué tío ¿Eh?» «Manchas de tinta aparecen y desaparecen.» Cada vez se confunde más tiempo y espacio. «Quisiera controlar el tiempo, el tiempo que hace que D. Juan salió por esa puerta. ¡Caray, caray, a Bergson quisiera verlo yo en mi puesto!» «Vaya ¡Qué tío soy!»

10,22. Se sienta y aparece más tranquilo probablemente porque le observamos «¡Qué seas tú el que lo registre, tú mi compañero de Sanatorio!» Va a intentar probarnos su capacidad para fijar hechos pasados y se pierde. «Esa gota de agua la has puesto tú» (gota de saliva sobre el papel ante él): «¡Ay! ¡El Narcovenol! Lo he pedido no sé cuántas veces. Oigo pasos, es alguien escondido.» Le preguntamos el día de su llegada. «Enero, enero, después de Navidad. Estamos en febrero o en marzo» (se aprecia una gran ansiedad al intentar fijar, sin lograrlo, el tiempo.) «¡Qué interesante es esta prueba! ¡Qué tío soy! ¡Si lo sé no lo hago!» No nos puede decir el día y es porque le sugestionamos, dice. Apaga y enciende la radio. «Puedo y esto me tranquiliza.» «Pasos en el pasillo ¿No? anota, anota.» Volvemos a inquirir el día y contesta: «Ahí está anotado con todas las cifras, si es invierno, si es verano ¿Quieres anotar el día exacto?» Sí, claro, decimos. «Febrero, febrero» (lee lo escrito y comenta). Ola de frío en Tarragona. Se me ocurrió esta malhadada idea del lisérgico... todavía mantengo el año y ese gritando allí.» «¡Qué tío soy, pero qué mala idea!» No nos dice el día e insiste para que le sugestionemos. Apaga y en-

ciende la radio pero no dice el día, se distrae. «Fenergan, supositorios para la ciática de ese y se curó por sugestión. O me sugestiono yo?»

10,30. «Y tú escribiendo; eres un cabrón.» «¿Cuánto tiempo ha pasado? Estás solo tú.» «Confío en que observarás mi estado físico. Estoy hecho un tío.» Comienza una idea y al hablar se desvía rápida y totalmente del tema.

10,35. Pulso 140. Intentamos inyectarle y nos aparta bruscamente, casi rompe la aguja y grita por el dolor: «No me hagas daño.» Al momento: «No me hagas más pruebas de sugestión de dolor.»

10,37. «Y tú escribiendo ahí como un cabrón, sin querer hacerme dormir.» Se tiende boca abajo en la cama «¡Ay qué horror, qué horror!» Salta bruscamente de la cama, nos arrebató el papel y escribe: «Quiero dormir, que acabe esto, acabe...»

10,45. Muy ansioso. «Me sugestionas, me sugestionas.» Todo tiene para él este sentido. El vaso de agua que le ofrecemos, la aguja de la inyección... Pide continuamente ver la hora. «Quiero hablar para que tú anotes.» «Me he sometido a esta prueba para que sirva para algo.» «Que termine todo esto.» Lo pone al lado de lo que hemos escrito en la cuartilla y lo señala a golpes. No se entiende nada pero él lo repite: «Que termine, que termine, que termine.» La inquietud se muestra en su escritura espontánea. Escribe dos veces más «Que termine esto» y cada vez con mayor tamaño. Nos muestra el papel agitándolo en el aire. Salta en la silla, quiere escribir más palabras expresa verbalmente todo lo que piensa, coge y suelta la pluma. Escribe. Coge rápidamente los objetos de la mesa para arrojarlos en seguida. «¡Es mi pluma...!»

10,55. Se preocupa por todo. «Esta es mi bata, es la mía, tiene mis letras...» Muy inquieto vuelve a pasear. Escribe. Busca semejanzas y encuentra significados en las frases que ve escritas.

10,56. Relee lo escrito por él y lo muestra. «Efectivamente escrito por mí». «¡Puf! De lo primero a lo que ha ido a parar...» «Muy sugestionable, sí, pero que termine esto.» Lo escribe, nos arranca el reloj de la mano y lo vuelve a colocar sobre la mesa. «Cuidado que se rompe.» Recuerda en alta voz lo ocurrido por la tarde, como tratando de fijar la hora. Vuelve a mirar la mancha del suelo, recordando que antes se había fijado en ella. Escribe: «La prueba es productiva, pero que termine esto.» Agrega: «D. Juan me dijo que no la hiciera, pero yo soy un tío y aquí

me tenéis. Pero ya podía terminar esto.» «Lo veo repetido. Que termine...»

11. Vuelve a mirar la hora. «Las once son» y cada vez lee con más frecuencia lo que escribimos. Muy excitado. Tiembla. Lee sobre el hombro «Sí, sí, muy sugestionable.» Y añade: «Me doy cuenta que dependo de tus sugerencias.» «Coño, y con la prueba esta.» Al tratar de ordenar los papeles los revuelve más. «Déjame que escriba yo ahora tranquilo. Tú me has hecho estímulos con sabor, dolor, me das órdenes, exploras la motilidad y yo aquí, como un cabrón.» Y escribe en un papel: «Tengo ganas de joder.» «Todavía están esos por ahí y me ha llamado ese por conferencia ahora mismo (hace más de dos horas). Haces lo que quieres con mi tiempo.» «Por los pitillos que hay aquí juzgo que no ha pasado mucho tiempo, quedan muchos.» «Dame un puro, a ver como me lo sugieres y lo haces aparecer aquí.» Le damos chocolate y no es capaz de desenvolverlo. «Qué bien lo has escogido para sugerirme como se ablandaba» (sufrió la sensación de que se le deshacía en sus manos). Musita: «Paranoide.» Le damos el chocolate desenvuelto, lo muerde y tira al suelo. «Está blando y no me gusta así.» Lo recoge. «Está sucio, dame el tuyo.»

11,10. Ríe solo. Risa vacía. «No más sugerencias terroríficas, por favor.»

11,12. «Me prueban con todo y aún no han empezado las pruebas peores.» Ríe. «Puedes sugestionarme lo horrible y lo agradable perfectamente.» Algo más tranquilo. No pasea ni suspira ya. Escribe: «Que termine esto», y al acabar se queda mirando al puro que tiene en la mano izquierda con una sonrisa extraña. (Recuerda posteriormente que al empezar a escribir disminuía la ansiedad y las letras se hacían más pequeñas, sintiendo al final cierta extrañeza al sentirse eufórico.) «Ese debe seguir ahí fuera, fumando un puro como yo.» «Al caer la ceniza la veo esfumarse.» Esto lo dice más tranquilo como dictándose una observación.

11,15. Lee correctamente unas líneas que le presentamos, comienza a observarse de nuevo más objetivamente. Pasea lentamente, coge objetos y los comenta. Ya no hay tormentas psicotrónicas, ni escribe «Que termine esto», sino que lo subraya donde lo había escrito. Alucinación visual y táctil: «Cristales rotos por ahí, me pinchan.» Los toca y los sacude imaginariamente de la mesa.

11,17. Vuelve a sentarse. «Horrible, horrible.» Habla correctamente y vuelve sobre el tema del principio de «espacio» y «tiempo». «El deseo de que termine esto me viene por ráfagas.»

11,19. Vuelve a parecer algo perplejo, cerrando los ojos. «Cartas de baraja, cartas de baraja.» Agita un papel. «Los cristales son migajas y desaparecen, son brillantes.» Preguntamos cómo se encuentra. «Confiado en ti, sigo insistiendo en que termine esto.» «Es una cabronada.»

11,23. «Insisto en que termine, ya hay bastante observación.» Se queja, gime, tira al suelo el puro casi entero y al preguntarle dice: «No, no sé.»

11,25. «Puro holandés que aún está ardiendo ahí.» «¿Cuántas veces te he pedido Narcovenol?» Se agarra el pelo. Sopla, se queja. «¡Uf! Esas oscilaciones del bienestar y el temblor, con oscilación... con respiración.»

11,27. Pulso 128, más tenso. Le decimos la hora. «No es verdad, ese es el reloj para mí. Me gustaría ver el verdadero.»

11,30. Pongo la radio. «¡Cómo es Cangaceiro? Me sugieres en italiano y la motilidad se hace italiana.»

11,33. Se acerca a la radio y la maneja. «A ver en inglés lo que me sugiere.» «Me parece como si vuestras voces salieran de la radio.»

11,35. Pasea lentamente. Pone la radio. «Esa emisión la habéis organizado para mí (al momento de decirlo ya no lo creía, ni llegó a oír frases alusivas, ni que la radio tuviera entonación cambiante). Preguntamos la fecha. «Febrero, febrero, febrero, voy a mirar las hojas de tratamiento... pero es más del 4.»

11,39. Se apoya en la mesa. «Me siento sugestionado por la música y cartas de la baraja. ¡Qué ridículo!» «Deseo que termine esto.» «Las sensaciones físicas se van haciendo más agudas.» «¿Cuáles?» «Se me difuminan todas las sensaciones, te lo diré cuando termine todo.» «La radio me sugiere climas, ambientes, pero no hay manera de pararse, es cambiante.» (Como anteriormente las voces cambiaban también de tono y ritmo, confundándose con diversas sugerencias que no recuerda bien.)

11,43. Se levanta y pasea lentamente tarareando. «El Cangaceiro, quería oírlo; a ver si me haces oírlo.» «El Narcovenol, te lo he pedido muchas veces.»

11,45. Repite las primeras sensaciones, las manchas del suelo, la cristalera gótica que veía en los reflejos de la pared. «Anota,

miedo a que se me escape alguna cosa.» ¿Qué? «Ya no sé.» «Anota que el ambiente paranoide es tremendo. Afectividad, sugestividad, paranoia, un trabajo de Bleuler.»

11,50. Vomita e inmediatamente cree que es una alucinación. «Perfecta, perfecta alucinación.» No logro que se acueste. «Aguarda, aguarda que si fue vómito quiero ver si es una prueba de sugestibilidad.»

11,53. «Supongo que A. ya se ha ido, pero el vómito ha sido cierto. Esto es verdaderamente un mundo alucinatorio. Me estoy asomando a él de verdad. Tantos años hablando de él y sin tener ni idea.»

11,55. «Una prueba del vómito me parece que está en el centro de la habitación, pero al estar parte en el sofá, me parece una astucia para sugestionarme.»

12,03. «Vamos a otra habitación y tratemos de comer algo.» Dice no poder controlarse cuando entra la enfermera. «Vamos al despacho a terminar el trabajo.» Al llegar allí tiene dudas de haber estado en el comedor y recuerda el paso por el corredor como una regresión de la seguridad en la orientación espacial que se había ido consolidando en el despacho, llegando a encontrarse en un lugar totalmente distinto, en casa de uno de los médicos. Cuando volvió al comedor y tras comentar lo del despacho vuelve a experimentar la misma inseguridad en el tránsito por el pasillo y un sentimiento agradable de reintegración al ambiente familiar en el comedor.

12,10. Pasamos al comedor. «Esto es sopa ¿No?» Se niega a ingerir alimento y sólo toma un zumo de naranja. Comenta tranquilamente y dice que son pareidolias el ver los huevos fritos como si estuvieran friéndose, oyendo el crepitar del aceite, provocado por el chisporroteo de un fuego que arde tras de él en una chimenea. Su comportamiento con las personas que entran en la habitación por necesidad de servicio es correcto, pero recuerda que más tarde había de luchar con la idea de que todos sabían lo que ocurría y aleccionados por nosotros representaban la escena de la comida.

12,25. Nos sentamos junto al fuego. Pulso 110, insiste aún en las sugerencias, pero está tranquilo. «Me estás creando un ambiente de más conciencia. En este momento no tengo la mínima noción del tiempo que ha pasado.» Habla coherentemente, parece consciente en mucho mayor grado, pero se le aprecian fugaces

reacciones de intranquilidad y miradas recelosas. Aún no está convencido de la realidad del vómito. Recuerda que alguna de sus observaciones en los momentos de mayor confusión eran dichas en broma. Orientado en el tiempo. «Todo lo que hago es para explorarme. Anota que me doy cuenta de eso.»

12,40. Volvemos al despacho sin que el tránsito le afecte como antes. Al llegar pregunta si ha visto a una enferma y le ha hablado (es cierto).

12,45. «Veo de nuevo los azules.» «A juzgar por la integración del dibujo, vuelvo a pasar al período anterior.»

12,50. Tranquilo, no parece recordar el acmé de la prueba. «No te he dicho que la mancha del vómito me parecía muy real. Sí, la alucinación era perfecta. Al hablarme tú has tomado forma de calavera derritiéndose.»

12,55. Toma una hoja de papel. «Todavía la unidad de la hoja es irreal.» Ve siempre más de una, hasta conseguir concentrarse. «Me siento influido hasta por el humo, como una captación primitiva de las sugerencias del humo. Tengo conciencia clara de que pasé un rato completamente descontrolado.»

13. Se mira al espejo encontrándose a sí mismo y eso le sorprende agradablemente. No se ve más que un poco desencajado —lo cual es real— aunque al primer momento se vio cadavérico con tonos verdosos. Nota su midriasis recordándole nosotros que ha existido durante toda la prueba.

13,07. Pasa por un momento parecido al del comienzo, semeja ligera embriaguez, deja caer las manos sobre la mesa. A veces sonríe enigmáticamente y habla de sugerencias pero con menos convencimiento. «Ahora me parecía que con un silbido dirigías la melodía de la radio.» «Las voces de la radio van tomando tonos burlones, como si tú te fueras metiendo en ella» (tenía una vivencia inmediata de que yo dirigía las voces de la radio, acompañada de cierta crítica, pero con una inseguridad de la que él era consciente).

13,15. Hace la última copia del perfil, comentando que ve bien el modelo pero le sale sin expresión y defectuoso. Con ocasión de esto recuerda que en anteriores intentos veía el perfil muy animado y cambiante.

13,23. Pongo en orden la mesa y los papeles. «Estoy intentando concentrarme para saber qué maniobra de exploración es esta. Si quieres cambiarme el ambiente de color o qué.» «Si pudiera

ver de qué estímulo visual se forma la alucinación.» Trata de percibir pareidolias donde antes las había visto y las consigue (vidriera gótica) aunque más débiles. «La sugestionabilidad desde luego queda como observación repetida, es tremenda.» Comenta con nosotros todas las sensaciones de la prueba, recuerda alguna de sus respuestas, también de un modo muy confuso la vivencia de confundir espacio y tiempo.

13,40. «Ahora me siento incapaz de discurrir, inválido, fatigado. ¿Anotaste lo de las cartas girando? Una sensación de verbena, de rótulos luminosos que era muy constante al cerrar los ojos.» Continúa la midriasis, pulso 110. Salgo un momento de la habitación y a mi vuelta: «Puedes anotar que mientras tú estuviste fuera no he dejado de mirar las telas y las ropas del sofá, se me dispersaba la atención y tenía la sensación de que me estabas observando. Cuando te has retirado tú, los pliegues de la colcha, sin dejar de ser tales pliegues, se han hecho vivos, amenazantes, me acechan. Es una vivencia muy bonita y veo que depende mucho de mi propia sugestión. Toma formas curiosas y así como antes era amenazadora ahora puedo ver una odalisca.» Sigue sugiriendo formas y describiéndolas en los pliegues. Por sus comentarios y el acierto de sus sugerencias parece un grado menor de las pareidolias. Más bien facilidad para imaginar sobre las «formas bien percibidas.»

14. «Al darte la hoja de papel y moverla en el aire me queda la imagen de donde he estado anteriormente. Lo azul es muy constante, al oscilar la vista he visto el teléfono intensamente azul» (antes decía ver todo lo blanco bordeado de azul).

14,10. Sale a orinar y al volver nos dice que sintió la imperiosa necesidad de volver la cabeza para ver si le observábamos.

14,30. Charla correctamente lúcido, comenta impresiones pasadas, midriasis, ya no insiste sobre sugestioniones y pareidolias de vidrios góticos. «Estoy viviendo la sensación de haber vivido algo desagradable.»

14,35. «Todavía al hacer tú movimientos se me hace grotesco. Se agranda la cabeza y se achica el cuerpo, haciéndote el movimiento saltón.»

14,36. Se suspende la prueba y se envía a descansar al sujeto.

Nota: Las observaciones entre paréntesis corresponden a recuerdos en los momentos inmediatos, con claridad de consciencia, después de la prueba, sin estar sometidos a ulterior análisis.

INTOXICACIÓN POR «PARPANIT»

(Clorhidrato de éster dietamilaminoetílico del ácido 1-fenil-ciclopentano-1-carboxílico).

Auto-observación por un médico colaborador: «Es el atardecer y me encuentro tranquilo y reposado. Recalco la normalidad de mis vivencias para poder destacar mis trastornos por inyección intramuscular de Parpanit. Prescindiré de toda interpretación fisiológica y describiré una situación concreta: Miro un pergamino de los que están colocados simétricamente a los lados de una talla de madera en mi habitación. Me doy cuenta de todo lo que constituye mi percepción: visual, vivencia de espacialidad, seguridad de poder acercarme a él, tamaño y relación al conjunto. Sé que si paseo en mi cuarto, salgo y vuelvo a entrar, ese pergamino estará siempre en la misma relación conmigo. En resumen, tengo una clara conciencia de una percepción en su misma relación de objeto en mi mundo.»

«Así como en mi actuación de movimiento, tengo una clara coordinación entre mi intención y el obrar, también existe una relación entre mi conciencia de realidad de la inmutabilidad o estabilidad del mundo circundante y las percepciones y estímulos sucesivos o conjuntos que éste ofrece y que integro en la vivencia última de que en mi mundo puedo actuar con una seguridad.»

«Miro el pergamino fijamente y mi sensación deja de ser tan estable como al principio. Las letras aparecen ligeramente borrosas. Es decir, que al mirar con propósito de analizar mi sensación, me doy cuenta que puede no ser tan pura y tan dibujada como en la realidad. O en el actual vivir cotidiano, ingenuo. Lo mismo ocurre en estado de fatiga más fácilmente. Sin embargo no pasa de ser un pequeño fragmento de mi vivencia total que no llega a alterar la estabilidad de coordinación entre mi yo y mi mundo.»

«Entre todos los elementos en que se puede aislar artificialmente mi vivencia global, en un momento cualquiera, es decir, entre mis juicios, conceptos, sensaciones, estados de ánimo, vida intencional de movimiento hacia las cosas. En una palabra, en los procesos intelectuales todos que transcurren en mi conciencia,

existe una integración tan perfecta que sólo en estas situaciones de autoanálisis destacan sensaciones o percepciones como tales.»

«El mundo de todos los días está formado para mí por árboles, paisajes, figuras diversas que pasan desapercibidas, como percepciones aisladas y que sólo resaltan cuando con un acto de la voluntad me entretengo en analizarlas. Mi yo en general no destaca como frente al mundo o como tratando de captarlo. Y el analizar es precisamente ahondar este captar del mundo. La conciencia de mi yo es tan vaga como la conciencia del flotar que puede tener el nadador cuando se mueve y avanza sobre el agua.»

«Si bien en el transcurso del vivir, se acentúan más uno o varios de los elementos en que puedo artificialmente descomponer lo que llamo vivencia global; por ejemplo ahora veo un libro (sensación visual), me incorporo para cogerlo del estante (voluntad y movimiento). Luego leo (pensamiento) y más tarde me produce determinada emoción (vida afectiva). No quiere decir que no se puedan analizar cualquiera de los otros elementos, en cada uno de los instantes vividos. Así podemos estudiar la influencia de la tonalidad afectiva en el curso del pensamiento, lo cual se pone muy claramente de manifiesto en algunos enfermos que padecen una depresión anestésica en quienes comprobamos ante sus quejas que no pueden pensar que en realidad el curso lógico y representativo de su pensamiento no está alterado y que falta sólo la contribución afectiva a la dirección del pensamiento. Es el caso de una enferma presentada en sesión clínica.»

«Los efectos del Parpanit son: a los cinco minutos de la inyección, me cruza una alegría tonta y sin sentido, me río y digo a los que me rodean que es una cosa que siento como impuesta y que pasa rápidamente. Poco después aparece un temblor que alcanza verdaderas contracciones musculares que puedo sentir claramente especialmente en los glúteos, dándome la curiosísima impresión de que estoy apoyado en ellos y que todo mi peso gravita en mis espaldas y en la región glútea.»

«Sigo acostado mientras empieza a pasar este fuerte temblor y al acercarse uno de los médicos veo su cara de un color extraño. Está tan pálida que me preocupo por él. Le veo recortado perfectamente en el techo del aula pintado al óleo verdoso. Me asombra que en la fracción de un segundo su cara pase a adquirir un rojo violento y pienso que se avergonzó... pero el temblor sigue y los cambios de coloración de la cara de mi amigo no son sufi-

cientes para hacérmelo olvidar. El temblor es generalizado y ridículamente superfluo, no puedo controlarlo y al quererlo hacer me doy cuenta que con la conciencia más clara de mi vida, mi voz no responde a la tonalidad que yo quiero imprimirle. Oigo mi voz rara y me llama la atención el tener dificultad para articular bien. Me resulta paradójico que me acontezca cuando aún no he probado un solo trago, a pesar de ser el último día del año. Y aquí empiezan las cosas raras que me han sucedido.»

«No voy a utilizar más términos técnicos que los indispensables para describir la experiencia. He de referirme a la hipotonía para describir esa pesadez en los miembros inferiores, más notable cuando camino o trato de subir unos escalones. Brazos colgantes. Creo que debo parecerme a Frankenstein pero no lo digo a los compañeros por miedo a parecer infantil. Cuando me decido a explicárselo me miran con cara de pena. «¿Por qué estarán así?», me digo. Estoy sentado frente al escritorio de superficie brillante y negra de cristal que reproduce fielmente la figura como si fuera un espejo mágico. Me extraña la nitidez con que refleja los colores de una doctora y en forma especial el rojo de sus labios. Luego veo a todo el mundo con gran plasticidad de color como bailarines de un ballet y con los párpados coloreados intensamente, los labios de un rojo hiriente y los ojos con gran brillo. De repente, me parece estar viviendo en tecnicolor.» (Hay que hacer observar que las doctoras allí presentes no iban maquilladas en absoluto...).»

«Un compañero me lleva a la mesa de exploración para tomarme pulso, tensión, etc. Habla con tono de mando y parece disgustado, cosa que contrasta con sus modos habituales. Es probable que crea que me estoy haciendo el interesante o que exagero. ¿Qué culpa tengo que él no vea las gentes tan bonitas como yo las veo? Me consuela pensando que él se inyectó la misma sustancia hace un par de días... y subo a la mesa de exploración. Hace diez minutos que me inyecté y los síntomas son muy aparentes: disartria, hipotonía, disminución del tono muscular hasta una relajación casi completa con exaltación marcada de reflejos. Intensa sequedad de boca que me impide hablar. Una tal hiperreflexia que al percutir el tendón de Aquiles tengo una brusca contracción de los músculos del cuello que lleva la cabeza hacia un lado y otro, lo cual me produce risa. Estoy alegre y eufórico, con gana de decir «tonterías» que logro reprimir por las doctoras. No tenía en mi mente ninguna cosa dibujada para decir, ni recuerdo nada

jocoso ni irónico, pero estaba seguro de tener ganas de bromear. Es algo parecido a la intoxicación alcohólica ligera en que uno se cree agudo aunque diga simplezas.»

«Bajo de la cama y las piernas no me tienen. Quiero llevar la mano a la cara y no puedo hacerlo, la relajación muscular es casi total. He de bajar la mejilla hacia la mano y así logro limpiarme un ojo con un lento desfilarse de la mano que me hace tener ideas de cariño y felicidad.»

«Sigo viendo a todos en tecnicolor. Un médico, el mayor de la sala tiene el semblante preocupado y me recuerda a mi abuelo. Se lo diré a D. Juan para que le regañe por exteriorizar su preocupación. Luego le vuelvo a mirar y noto que la materia de que está hecho no es corriente. Es muy moreno, mucho más de lo corriente, pero es un tinte nunca visto, tiene algo de gris. Los viejos indios taramaras cruzan por mi mente, pero lo rechazo porque ninguno, ni siquiera el viejo Kantro, es así. Tiene unas profundas arrugas y unas cejas hirsutas. Me da miedo cuando viene a auscultar mi corazón.»

«Salgo huyendo y al andar por las baldosas del aula apenas puedo hacerlo. De pronto noto que mi mejilla se está cayendo, como si fuera de cera y se derritiera. Llevo mi mano con gran dificultad a la mejilla y compruebo que la mejilla está ahí y las fuertes quijadas siguen igual. Me agrada comprobarlo de modo infantil. Noto que la pesadez de los miembros es menor, en vez de plomo son de un metal más ligero. De repente, empiezan unos enojosos erupios y otra vez me viene la idea del borracho. La diferencia está en la forma de considerar mi alrededor. Mi conciencia era perfectamente clara y no había, sin sensación de extrañeza que encubriese la gran despersonalización. No hay trastornos del equilibrio y las diferentes pruebas neurológicas indican integridad de los sistemas cerebeloso y vestibular.»

«Todo tiene una luz distinta y otro matiz que da una nueva significación a los objetos triviales. Paseo sólo por los corredores de la clínica y me apena sobremanera que me tomen por borracho. Algunas personas se asustan y a pesar de mi dificultad de expresión trato de explicarles que estoy bajo los efectos de una sustancia y que es sólo una experiencia. Entro en la sala de rayos X más oscura y compruebo los efectos más notables del cambio de coloración. Una de las muchachas parece llevar rejas en

vez de pestañas y sus ojos son como los de los gatos de profundo y claro mirar.»

«A la hora de la inyección salgo al jardín. Mi caminar es lento todavía e inestable. El paisaje está muy claro, le digo al compañero: «Se me impone.» Nunca como ese día había mirado los troncos podados de las acacias. Me detengo ante la imperiosa necesidad de fijarme en todos los detalles. Una sección oblicua de una rama atraía especialmente mi interés, mi vista no puede separarse de ella y vuelve reiteradamente. Realmente no tenía ningún interés, era un tronco más civilizadamente desgajado por el hacha y era ridículo sentir su influencia. Todo estaba cerca, desfiguradamente cerca y era una nueva visión de las cosas, visión estereoscópica. Sí. No cabía duda estaba contemplando al natural aquellas fotografías que hacían las delicias de los colonos en la Misión Tarahumara, cuando les llevé aquella novedad de los «chabochis» (hombres blancos barbados). Qué placer si les pudiese enseñar a todos la realidad. Recordé a pintores como Van Gogh que tuvieron visiones distintas y las lograron plasmar en lienzos de belleza singular. La transparencia etérea y el encanto de las cosas que están cerca de nosotros. Yo no la había captado hasta hoy. ¿Por qué pasamos de largo sin contemplarlas ni entender su lenguaje?»

«Pasamos junto al servicio del Dr. Marañón y recuerdo que tengo un encargo para un médico de allí. Así se lo digo a Jesús, que me hace observar la penible impresión que podría causar. A pesar de ello llegamos a su lado y yo trataba de ocultar mi inseguridad motora, apoyándome con descaro en el muro de la habitación. Me recibió amable y simpático, aceptó el sobre que le tenía con mano insegura y, claro, preguntó por mi salud. De regreso a nuestra clínica tuve en el jardín la misma impresión de la encantadora visión de profundidad.»

«Siento grandes deseos de orinar y voy al retrete. Había una mancha que empezó a cambiar de color. La taza no era blanca, sino verde claro y de tonalidades cambiantes. En el suelo una jaiba (centollo) empezó a moverse y tuve miedo. Giré la vista y desapareció el animal marino. Volví a dejarme llevar por ese estado tan particular y el animal volvió a aparecer, inconfundible, con sus patas largas y tratando de escapar de aquel encierro. Una y otra vez hacía esfuerzos por prestar mayor atención y siempre volvía aquel horrible animal. Además cambiaba también

de color. «Esto no se lo creen», me digo. «Mejor que vuelva pronto al aula» pues tenía una idea clarísima que aquella ilusión no podía repetirse allí. Cuando cuento lo ocurrido sorprendo unos prismas multicolores que pasan a velocidad vertiginosa, oblicuos, achatados, grotescos, imposible de analizar y de clasificar. Donde más parecían fijarse era en la frente de Pepe y eran un bonito adorno. Pasaban en grupos de tres o cuatro y en trayectoria oblicua de arriba abajo y de lado a lado del aula.»

«Acaba de entrar D. Juan en el aula. Tengo pena de que me vea en este estado. Hubiera querido achicarme y pasar desapercibido, con mi figura recargada, indolente, contra el radiador, sin saco y floja la corbata. Una rápida mirada de D. Juan le bastó para notar mi situación. Se acerca lentamente y dice con cariño: «¿Qué hay?» «Pues ya ve D. Juan, aquí me tiene.» Alguien le explicó la experiencia. Y entonces empezaron las preguntas, que yo sentí como un aluvión, aunque me dicen fueron pronunciadas con mucha pausa: «¿Siente extrañeza? ¿Alguna sensación especial? ¿Vértigo? Escriba aquí.» Yo iba contestando las preguntas y otro compañero tomaba notas. «A ver, apriete mi mano». Lo hice lo más rápidamente que pude y le estreché la mano que me tendía. Estaba seguro que la fuerza muscular estaba conservada. Y aumentó mi pena. Fue tan rápido que no pude explicarle bien nada a D. Juan. Pero allí mismo supuse que me comprendía. Dijo a los demás colaboradores que no me dejaran salir por lo menos antes de dos horas y siempre que pulso y tensión arterial estuviesen normales.»

«Poco a poco pasaron los síntomas. Hipotensión muy ligera. Los reflejos empiezan a normalizarse. Habla poco a poco mejor. Boca más húmeda. Todavía escribía con dificultad en la pizarra pero mejor que lo escrito delante del profesor. Las letras seguían siendo demasiado grandes. La tensión arterial que había subido era ahora de 90/60 y el pulso de 68 subió a 80. A los 100 minutos de la inyección anotaron los colaboradores: «Se encuentra casi normal.»

Los días siguientes todavía sentía algo que le hacía ver las cosas distintas. Al llegar a su casa tenía la sensación de que había alguien junto a él. También que los demás le miraban asombrados. Miraba el reloj y al ver la hora, por ejemplo, las cinco pensaba: «¿Las cinco de qué?» Sólo había un dato que flotaba en el espacio «cinco». La inseguridad era tan grande que llegó a

sentir preocupación no sólo por no saber la ciudad en que vivía sino hasta el continente. Algún día pensaba: «Estoy en África» hasta que recibió una tarjeta de un misionero amigo suyo. «No estoy en África», pero «¿dónde estoy?», preguntaba.

Días más tarde en plena desorientación se encuentra frente a la clínica privada del Dr. López Ibor. Allí entra y saluda a los médicos internos que le desean feliz año. «¿Año? ¿Feliz?» no tiene la menor idea del día en que está. Y continúa diciendo: «Llegué a mi residencia (vivía por allí cerca) y contra mi costumbre me puse a fumar. Los pensamientos eran tan escasos que no tuve más remedio que dejar deslizar el tiempo vacío. Tenía cierto encanto. ¿Qué más me daba la vida y la muerte? Era según me habían dicho fin de año. Sería bueno olvidarse de todo y bajar al bar con los otros residentes.» Así lo hizo y tras unas copas de coñac «empezó a entrar de nuevo el alma en mí.» Y perdió la oportunidad de seguir escribiendo sobre esta extraña aventura.

Conclusión: Mucho he dicho y nada concreto. ¿Cómo resumir con aquellas ideas mi vivencia global? Dejo de lado la clara acción del Parpanit sobre la musculatura, sobre los huesos, que me producía temblor y luego pesadez y adinamia, inseguridad en la marcha y dificultad de movimientos. Los trastornos secundarios del sistema vegetativo son claros, la inhibición salivar su consecuencia: sequedad de boca y faringe y ligeros desórdenes gastrointestinales (náuseas y eructos). Pero el mecanismo de su acción no ha podido ser aclarado. Existe una acción directa sobre la musculatura del esqueleto y la explicación podría buscarse en las modificaciones de ciertas particularidades de la sensibilidad profunda.

«Pero para poder interpretar los diversos trastornos del espacio y del tiempo, de la percepción y del humor, tengo que referirme a la alteración en la coordinación de esa vivencia global a que me refería al principio. La amalgama que logra unificarla está deshecha. Está perdida la integridad en una vivencia total. Todo se presenta al mismo tiempo y resulta claramente «impuesto». No es siquiera posible analizar, ahondar en este captar del mundo por simple deseo de mi fuero interno, sino que existe una imposición absurda de las cosas.»

UN FINAL QUE ES UN COMIENZO

Los progresos en la ciencias del lenguaje no han confirmado algunos hallazgos anteriores. Un hecho muy simple consiste en que el «sistema del lenguaje» no es *consecuente*. Y ni siquiera es *coherente*. Se trata de un programa con distintos registros. Con deficiencias y redundancias. Bernard Shaw dijo que «la palabra no es el pensamiento». La expresión mediante el lenguaje del pensamiento, no es el pensamiento mismo. O sea que el lenguaje es un sistema complejo de informaciones en el que se mezclan *las necesidades y las casualidades* de una manera difícil. O prácticamente inseparable.

En Neurología, como hemos visto en las páginas anteriores, la expresión de *esquema corporal* fue introducida por Head. La significación de la palabra «esquema» en inglés puede ser citada como equivalente a la de «diagrama», en el sentido de borrador o proyecto.

En el conocido diccionario francés de Littré, «esquema» significa una figura, dando una representación simplificada y funcional. Es decir, es como una abstracción de ciertas particularidades de formas determinadas. Probablemente influye en su definición la idea de Kant de buscar en las representaciones mentales los rasgos esenciales de un objeto o de un proceso. O sea, su médula característica. Y así llega el autor del diccionario clásico

Litré a elegir la expresión de «esquema corporal» como «una imagen que nos hemos hecho de nuestro cuerpo en estado estático o dinámico y de sus relaciones con el mundo que nos rodea». Esta expresión de «dinámica en sus relaciones con los objetos que nos rodean» apela al aspecto fenoménico del mundo del hombre. Es decir que el esquema corporal no se limita a una muestra de una estructura simplificada de la corporalidad, sino que trata de abarcar en sus relaciones con el mundo los aspectos sensoriales y motores.

La significación en español, según nuestro Diccionario es la siguiente:

ESQUEMA. «Representación gráfica y simbólica de cosas inmateriales. Representación de algo atendiendo sólo a sus líneas o caracteres más significativos.» En un esquema poseemos sólo los límites de la cosa, la caja lineal donde la materia, la sustancia real de la cosa queda inscrita (Ortega y Gasset).

Programa de puntos que se van a tratar, de actos que se van a realizar, etc., sin detallarlos.

Filosofía. Figura y, particularmente, forma de vocablos. Según Leibniz, principio esencial de las mónadas, que constituye su propia esencia y las hace discernibles. En el sistema de Kant, figura o imagen intermediaria entre las categorías y los fenómenos y bajo la cual nos representamos un concepto intelectual.

Esquema trascendental. Regla o forma psicológica. (Es un término de contenido todavía impreciso que proyecta la representación futura antes de verla claramente, o que conserva la representación pasada manteniéndola presta a resurgir en la conciencia (V. Engrama).

Esquema motor, según Bergson, conjunto de imágenes, o de sensaciones cinestésicas.

Los alemanes disponen —como vimos al comienzo de este libro— de dos palabras que permiten una mayor claridad en el análisis fenomenológico de estos dos puntos de vista. La palabra «Körper» y la palabra «Leib» son dos apoyos fundamentales para la distinción. Precisamente este *desdoblamiento expresivo* es el que hemos querido señalar en español usando dos palabras como *cuerpo* y *corporalidad*. En el segundo caso no se trata de reducir la percepción fenoménica del cuerpo humano sólo a un esquema que se considera esencial, sino que se incluyen todos los otros aspectos que diferencian la corporalidad del cuerpo y de los cuales les hemos hablado tantas veces en páginas anteriores.

Kienle, en diversas investigaciones experimentales ha demostrado que el espacio visual en el hombre no tiene un *carácter euclidiano*. Es diferente su apreciación si se contempla en reposo o cuando aporta la aparición de movimiento constitutivo de la «espacialidad» o «espacio», subrayando su carácter espacial. En determinadas situaciones, se convierte en límite, sobre todo si el límite es doloroso o productor de malestar. Si por equivocación se pincha uno o le pinchan con una aguja de coser en la mano, la imagen que acude al que lo ha sufrido es la de la aguja y no la del pinchazo. O sea que el pinchazo puntual va envuelto en el espacio exteroceptivo, que permite reconocer la presencia de un objeto distinto del cuerpo, que es la aguja.

La espacialidad del mundo que nos rodea la notamos clarísimamente en los propios caracteres vivenciales del estado de bienestar. En clínica, tanto en alteraciones neurológicas como en psiquiátricas, se perciben huellas o escotaduras en nuestra propia espacialidad. La corporalidad está unida indisolublemente también a la temporalidad, de tal manera que una persona sana no se siente

extraviada en el mundo habitado, aunque lo sienta o lo perciba como vacío.

Vemos, pues, que el mundo que nos rodea está transido ya originariamente por *la corporalidad*. Y así, aunque a veces hablamos de derecha o izquierda, o de cercano o lejano, siempre nos referimos a nuestra izquierda o a nuestra derecha. A lo que está lejos o a lo que está cerca de nosotros, etc., etc. También las expresiones de encerrarse en sí mismo o de señalar y distinguir el espacio exterior ofrecen la misma peculiaridad. Lo importante en estas experiencias y otras análogas, consiste en reconocer que la vivencia de nuestra propia corporalidad *está en el límite del campo de nuestra conciencia*, en relación con el mundo, porque pertenece a los hechos y experiencias cuya existencia se afirma por sí misma. Para poderlas conocer mejor es necesario volverlas a traer al propio cuerpo o al centro de la conciencia.

En algunos casos neurológicos, como en uno descrito por Zillig, parece como si su limitación consistiese en una coraza o armadura del cuerpo, empleando una expresión muy parecida a la de Wilhelm Reich¹. La limitación de la posibilidad de acción es la que produce este efecto. Todas estas observaciones plantean el viejo problema del «*sensorium commune*»² en que todas las experiencias de nuestro cuerpo vivo se ligan de una *forma intermodal* —acción recíproca de unas percepciones con otras—. Aspectos motores se mezclan con los sensitivos en una serie de sustituciones, equivalentes y sumaciones muy dignas de

¹ Aunque muy diferente en su significado.

² Aristóteles distinguía el «sentido común» de los otros cinco sentidos. En el Stoa se consideraba como el órgano de todas las ideas, comunes a todos los hombres («*notiones communes*») o sea cómo alcanza una integración moral y religiosa. Los quietistas lo consideraban como el sustrato sentimental de la persona.

ser analizadas en clínica, tentación a la que renunciamos por no complicar la exposición de los puntos esenciales.

Algunos autores han racionalizado demasiado tal expresión, incluso queriendo demostrar que este proceso de racionalización se basa en la experiencia. Goldstein y Rosenthal pretenden que el color azul y el verde (colores fríos) exigen un determinado modo de moverse de carácter «deslizante» y en cambio el rojo y el amarillo (colores calientes) provocan movimientos «abruptos». Merleau-Ponty no acepta que una determinada longitud de onda, por la intensidad de color que la caracterice, pueda tener una acción tan manifiesta sobre la corporalidad.

En cambio, si parece claro que, por ejemplo, las alucinaciones visuales tienen una estructura diferente de las auditivas, como ocurre en el diagnóstico actual de la esquizofrenia. Las alucinaciones visuales han perdido valor, casi totalmente. En cambio las auditivas han incrementado el suyo, probablemente porque parece que su presencia resulta más significativa para la alteración de la personalidad, que las alucinaciones visuales. El mismo hecho de que los sueños sean, por regla general, de carácter visual confirma este punto.

En el individuo sano las suplencias, las fusiones y las equivalencias entre sensaciones y movimientos son cotidianas. El acto vital mismo consiste en esa liberación y conjunción posibles entre ambas, dado el carácter que tienen de ser *sistemas intermodales* de la sensibilidad y de la motilidad, equivalentes.

Las investigaciones sobre el vértigo nos dan mucha luz sobre esta cuestión... Recordemos que el órgano de control del equilibrio consta de: 1) el órgano estático para la percepción de la dirección de la gravedad en cada momento y probablemente también de la aceleración en cada plano. 2) Los canales semicirculares que responden

a los movimientos de rotación (cambio de dirección). La función principal de este órgano no es la transmisión de las sensaciones al cerebro, sino el control de los movimientos de los músculos para mantener la estabilidad en cada posición del cuerpo y de sus movimientos, y el control de los músculos oculares. De suerte que, aunque el cuerpo se mueva, pueden ser percibidos los objetos en el espacio como en quietud y mantenida la orientación en el mismo.

El órgano del equilibrio y la percepción visual actúan coordinadamente para el mantenimiento del equilibrio humano. En el «vuelo ciego» el órgano del equilibrio sólo no es capaz de distinguir entre los efectos de la gravedad y los de la fuerza centrífuga. En el vuelo corriente puede ocurrir una discordancia entre las sensaciones procedentes del laberinto y la percepción ocular. De ahí que se produzca el mareo. Las personas que tienen su órgano del equilibrio insensible están menos predispuestas al mareo, porque la oposición o «discusión» entre ambos campos perceptivos no se establece.

Repitamos la experiencia de Vogel colocando a un sujeto en la línea del eje dentro de un cilindro grande, rayado verticalmente en su superficie interior. El espacio visual del sujeto se halla, de este modo, limitado a la superficie interior del cilindro. Si éste se pone en marcha ocurre lo siguiente: cuando la marcha del cilindro es muy rápida o muy moderada, el sujeto no experimenta ningún vértigo. En cambio, el vértigo aparece si el cilindro camina a una velocidad media, que podríamos llamar *velocidad crítica*. Helmholtz ya decía que para engendrarse el vértigo la rotación del sujeto no debería ser tan lenta que no perturbase la percepción del espacio, ni tan rápida, que la impidiese completamente.

El vértigo se produce con una percepción espacial que podríamos llamar «desajustada». El desajuste se proyecta hacia el plano motor (es el componente visible del vertiginoso) o hacia el plano subjetivo.

Idéntica experiencia es la que se practica con la llamada «Casa de la bruja». El suelo y la casa (las paredes) están suspendidos en el mismo eje, pero pueden girar independientemente. *a)* Sentándose en la silla sobre el suelo, cuando el péndulo del que el suelo forma parte comienza a oscilar, se percibe mediante los ojos y las sensaciones generales, este movimiento pendular. *b)* Después de algunas oscilaciones se hace oscilar también la casa, pero en sentido contrario. Como no se puede ver nada de fuera no se advierte que la casa ha comenzado a oscilar y sólo se nota un incremento del primer movimiento oscilatorio. *c)* Permaneciendo lo mismo, la oscilación del suelo de la casa se hace aumentar y el error comienza si se cree en las percepciones visuales y el sujeto de experiencia se tiene que agarrar. *d)* Cuando se ha alcanzado la postura extrema se ve uno colgado del techo. Esa confusión entre las sensaciones recibidas por los ojos y las propioceptivas y laberínticas produce un evidente malestar y en ocasiones hasta vómitos.

Los post-conmocionados cerebrales se quejan de «oscilación de los objetos», seguida de una percepción visual confusa. El campo visual llega a oscurecerse o a poblarse de centellas. Sienten en la cabeza una sensación de giro y cuando se añade una levísima obnubilación aparece una notable inseguridad motora. Alguna vez refieren los enfermos que, andando por la calle, tienen la sensación de que los árboles o las casas se les vienen encima. O de que el suelo oscila bajo sus pies.

Sólo leves matices diferencian estas sensaciones del agorafóbico. Éste tiene la sensación de que el suelo es in-

seguro o poco consistente. Como si fuera a hundirse a cada paso que da. Algunos enfermos lo comparan a andar sobre una gruesa capa de blando algodón. La percepción visual está trastornada. Parece que las casas se vienen encima. En esta sensación (venirse el mundo encima) se adivina lo netamente angustioso y agorafóbico. Un enfermo nuestro no podía pasar al lado de elevados edificios y los esquivaba dando rodeos. El tránsito de esas sensaciones a las puramente ópticas es insensible. Algunos enfermos ven los objetos como si estuvieran difuminados, rodeados de «un halo de inseguridad», dicen. Aunque se trate de una metáfora, puede ser que en el fondo exprese mejor la naturaleza del fenómeno que otra con mayores pretensiones de objetividad.

Cuando se analiza el vértigo central se observa que unas veces se produce por alteraciones en la situación y postura del cuerpo y otras se provoca por ciertas impresiones ópticas. Unos enfermos dicen que no pueden mirar afuera, en el tranvía, y otros que no pueden marchar uniformemente detrás de otro porque les marea. El efecto de los cambios de postura es evidente.

Para la investigación del vértigo central, Hebel ha dispuesto la siguiente experiencia: se coloca al sujeto en una cabina giratoria, en el lugar de su eje central. El soporte del sujeto es una silla giratoria como las habitualmente empleadas en la exploración del vértigo. Las paredes de la cabina están pintadas con franjas blancas y negras. A la altura de los ojos existe una ventanilla practicable. Si a un sujeto normal se le coloca en la cabina cerrada y se le dan tres vueltas a la derecha a la velocidad de seis segundos por vuelta, al comenzar el giro tiene la sensación de moverse hacia la derecha. Cuando se logra una velocidad uniforme le parece al sujeto que se halla en reposo. Al detenerse bruscamente, le parece que se mue-

ve hacia la izquierda. (Todas estas sensaciones se deben a los movimientos de los otolitos). Si entonces se abre la ventanilla *la percepción óptica del espacio exterior suprime inmediatamente la sensación giratoria hacia la izquierda*. Es como si el movimiento de la endolinfa se hubiese detenido por la percepción visual.

En los sujetos normales, este tránsito del movimiento imaginado al reposo se realiza súbitamente y sin ningún trastorno. Sólo en algunos se observa un ligero velo en los ojos, un oscurecimiento del campo visual. En los heridos craneales el tránsito no se realiza tan suavemente. La sensación de velo ante los ojos es más intensa, más duradera y más perturbadora. Algunos perciben como un «centelleo», «como si algo se moviese todavía», «como si los objetos se viesen difuminados», «como si se espolvorease con nieve». Las sensaciones tienen, como se ve, un parecido con las que se presentan, espontáneamente en el vértigo agorafóbico.

Brunner y Hoff han descrito un síntoma análogo en enfermos con lesiones cerebrales a los que se explora el laberinto con agua fría. Designaron este síntoma con la expresión «ver niebla». Es interesante referir la experiencia de un enfermo que había sufrido un «delirium tremens» y presentaba síntomas de lesión orgánica del tronco cerebral. Durante la irrigación laberíntica los objetos se deformaban, ensanchándose por abajo y quedando arriba su tamaño normal. Algo así «como la torre Eiffel», decía. A medida que crecía la deformación se expandía una niebla ante los ojos y los objetos se veían desleídos y confusos. Después se consolidaban poco a poco, a partir del primer minuto, tras haber cesado el nistagmus. La explicación de este fenómeno puede ser que las excitaciones que parten del laberinto alcanzan en el tronco cerebral las vías laberínticas centrales. En la región del centro del

sueño la excitación es trasvasada al sistema vasomotor y produce de esta manera un aumento de la irrigación cerebral y una paralización de excitabilidad del cerebro. Ésta eleva la excitación a la parte inferior del «gyrus angularis» o a los campos 18 y 19 de Brodmann, donde las excitaciones son cribadas. Normalmente van desde aquí a la esfera motora, provocando los conocidos movimientos reactivos. Pero en este caso una parte de los mismos se filtra a través de la capa aisladora, que estaba destinada a proteger la esfera óptica de excitaciones inadecuadas o indeseables. La penetración de una excitación así en la esfera óptica, hace el mismo efecto de una piedra que cae en un estanque tranquilo de agua. Este enturbiamiento es el que se ve como niebla ante los ojos.

Esta explicación es ingeniosa, pero puramente hipotética. Nótese, aunque sea de paso, que está fuertemente impregnada de términos psicológicos. Excitaciones que se criban o se censuran, excitaciones que conmueven la esfera óptica, como un complejo emanado del subconsciente conmovería la esfera de la conciencia. Es decir, una explicación de estos fenómenos, que se base en la pura excitación o inhibición de la neurología clásica, resulta insuficiente.

¿Tiene el laberinto una función sensorial específica? Es este un debatido tema y en el que no se ha alcanzado suficiente claridad. Es muy difícil *separar la sensación de la percepción en este sector*. En los ojos existe de seguro una sensación de luminosidad, aparte de las percepciones visuales. La función sensorial específica es la visión de la luz. Cuando se somete a un sujeto a un movimiento infraliminal (o sea por debajo del nivel perceptivo) en la silla giratoria, tiene todavía una sensación extraña, «un sentimiento de vibración o estremecimiento». Cuando la velocidad es totalmente uniforme, desapa-

rece tal sensación que sólo se presenta, pues, en las aceleraciones. Se trata de la auténtica sensación vestibular. Es una especie de «sentido interior» que nos orienta sobre nuestra situación en el espacio, de suerte que estamos en condiciones de percibir el reposo y el movimiento de los objetos en relación con nosotros mismos.

Cuando se hace girar al sujeto de experiencia en la cabina y se detiene ésta, el movimiento consecutivo de la endolinfa persiste y por consiguiente se produce la sensación imaginaria del giro a la izquierda. Al abrir la ventanilla, surge entonces una percepción óptica que anula la sensación imaginaria. Es decir, existe una especie de concurso o competencia de sensaciones. Domina aquella que produce una diferencia de excitaciones mayor, o sea *la más innovadora* con respecto a la situación anterior. En este caso la que domina es la óptica, porque en el campo perceptivo irrumpe una nueva y fresca percepción visual. Los fenómenos, pues, resultantes en experiencias de este tipo, con todas las variaciones imaginables, no son resultados casuales, sino muestra de *una fina adaptación intermodal de los sentidos*. De esta suerte la relación del sujeto con el mundo —de sujeto objeto— queda firmemente establecida. A cada nueva situación surge una nueva adaptación. Este estado de equilibrio dinámico tiene la virtud de enlazar siempre la sensación pasada con la presente en una continuidad: ese es, en definitiva, el acto vital mismo. En el sano se realiza de una manera fluida, casi podríamos decir automática. En la situación patológica, tal fusión se halla debilitada. La continuidad del proceso fisiológico, la mera excitación, sólo es eficaz cuando la anterior se ha apagado. En lugar del enlace existe un hiato, por pequeño que quiera imaginarse. La neblina que se le pone al enfermo ante los ojos es el resultado de la dialéctica, mal avenida en este caso, entre

el movimiento endolinfático y la sensación óptica. En cambio la mutación de una a otra no se hace sin dificultad: es la crisis patológica.

Si simultáneamente con la provocación del velo se analizan los automatismos motores, se ven estos perturbados en el momento de la crisis. Hebel lo realiza colocando al enfermo de pie en dos platillos de una balanza especial, provistos de un aparato registrador de movimientos. Si mediante la experiencia provocadora del nistagmus optoquinético (el tambor de franjas giratorias que utilizamos en clínica) provocamos una crisis como la anterior, esta se traduce en inseguridad en las piernas que queda registrada en los platillos. Se ve además, cómo el desequilibrio es mayor del lado derecho o izquierdo, según el sentido del giro del tambor. Las perturbaciones motoras son más intensas, cuanto más súbita es la crisis perceptiva.

El vértigo asistemático, esa especial manera de encontrarse el hombre con el mundo y más aún con el espacio, es expresión de un *trastorno intermodal de los sentidos*. El «sensorium comune» se halla limitado en su capacidad de acordar la forma de irritación de uno u otro órgano. La duración de la crisis es la expresión directa del trastorno central³.

La resurrección del *sentido común* vista desde este ángulo, sin dejar de tener en cuenta que así se crean las nociones más elementales, ha pasado al lenguaje coloquial. De ahí que en grado posterior se habla corrientemente utilizando la expresión de «obrar con sentido común», como un conocimiento más penetrante y fino de la reali-

³ No debo alargar más este tema. Sobre el vértigo han publicado numerosos trabajos Von Weizsäcker y su escuela. Remito también al lector a *La angustia vital*, 2.^a edición, Madrid, Paz Montalvo, 1970.

dad de la conducta humana propia y extraña. Aunque se trate sólo de un saber inicial y todavía no racionalizado.

En las páginas anteriores hemos tratado de dar un esbozo de los problemas que han surgido en estos últimos años sobre el cuerpo y la corporalidad. Hay otras muchas cuestiones a las que solamente aludimos porque están sin resolver y podrían confundir al lector. Nuestro deseo ha sido despertar de nuevo el interés, de la manera más clara y sencilla, por el tema del cuerpo y de la corporalidad.

A pesar de los innegables e inmensos avances de la medicina moderna, su cuerpo de doctrina resulta algo enteco. Podríamos citar muchos ejemplos, por ejemplo, las enfermedades infecciosas por muchos que sean los éxitos obtenidos para combatirlas. En Neurología y Psiquiatría queda mucho camino por andar. Más, desde luego, del que hasta ahora se ha andado.

Estamos en los albores de la comprensión de la conjunción del cuerpo con el alma. O dicho en lenguaje moderno entre cuerpo y corporalidad. («Körper» y «Leib»). Aparte de las citas de algunos diccionarios anteriores, consignadas en el comienzo de este capítulo, otras más recientes de diferentes lenguas nos muestran su atención sobre estas dos palabras.

En griego ψυχή —alma— no significó sólo la figura o forma general del cuerpo, sino aquello en que se integran en determinados movimientos como el baile o la lucha. Para entender esa variabilidad de lo que llamamos cuerpo no basta la biología, sino que es necesario recurrir a la antropología. ¡Y quién sabe a cuántos saberes más! Algo de esto intuía Head cuando hablaba del «esquema corporal», aunque eminentes neurólogos posteriores hayan desconocido —y por tanto reducido— el propósito inicial del famoso autor inglés.

Un fino diagnóstico de la histeria en la forma como se presenta ahora resulta extraordinariamente difícil. Antes, tras la experiencia de Charcot y sus coetáneos, con aquellos ataques a toque de campanilla, era muy fácil el diagnóstico. La histeria era provocada y naturalmente reconocida como tal. Hoy el problema es mucho más complejo. Por ejemplo, el caso de un enfermo de histeria, que más bien era un simulador y que permaneció cuatro años sin interrupción en diversas Clínicas de la Seguridad Social, sometido a intervenciones diversas, hasta que el Jefe de una Clínica Quirúrgica decidió remitirlo al Departamento de Psiquiatría. La situación fue descubierta y el enfermo «curado», si se puede hablar así. En realidad se encontró una salida a su situación vital en pocas semanas. El enfermo —puesto que él se consideraba como tal y también la sociedad— volvió al trabajo, a vivir con su mujer y sus hijos una vida de familia que había abandonado. Durante la época de hospitalización presentaba una paraplejía total lo que no le impidió tener alguna que otra aventura amorosa.

Gelb y Goldstein, con originalidad y fino sentido de la observación, estudiaron las secuelas de los traumas cerebrales durante la última guerra. Vogel mostró cuál era el núcleo real del vértice. Viktor von Weizsäcker, el genial maestro, enriqueció esta nueva perspectiva que aún se halla en nuestro tiempo en estado naciente. No se trata, pues, de teorizar sobre los movimientos, la sensibilidad, etc., de los sanos, sino de descubrir su estructura interna a través de los enfermos, porque no podemos dedicarnos a averiguarla realizando experiencias «in anima nobile».

El cuerpo humano, aunque a veces parezca despegado de su acción, no es así. Siempre nos manejamos con *la corporalidad humana*. El cuerpo puede «passer sous si-

lence» como dice Sartre. O «dépasser» es decir, olvidarlo, como decía Merleau-Ponty. Ambos cometen un error al saltarse el cuerpo o al dejar de incluirlo, en sus partes y en su totalidad, en esta nueva perspectiva.

La Medicina vista desde este ángulo se empobrece. *La corporalidad es inconcebible sin la espacialidad y sin la temporalidad.* El sentido común o, mejor aún, el «sensorium comune», ya que aquel ha quedado tan desgastado tras el uso histórico, es *lo que nos dará la clave.*

Las puertas de una nueva consideración de los fenómenos que ocurren en el hombre y a las que hemos aludido en estos capítulos están abiertas. Ojalá que sean muchos los investigadores que dejen la comodidad de los esquemas diagnósticos actuales y se atrevan a cruzar esas puertas. Y a seguir adelante. Como nosotros, humildemente, pretendemos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alby, J.-M., C. F. Mallat y D. Morel-Fatio, «De quelques aspects du syndrome dysmorphophobique, particulièrement en rapport avec la chirurgie plastique», *Confrontations Psychiatriques*, París, Specia, 4 (1969), 27.
- Anton, G., «Über Selbstwahrnehmung der Herderkrankungen des Gehirns durch den Kranken bei Rindenblindheit und Rindentaubheit», *Arch. Psychiat. Nervkr.*, 32 (1899), 86.
- Aserinsky, E. y N. Kleitman, «Regularly occurring periods of eye motility, and concomitant phenomena, during sleep», *Science*, 118 (1953), 273.
- Audrey, R., «Hijos de Caín», en *La crisis del homo-sapiens*, ed. por R. Audrey y otros, Caracas, Tiempo Nuevo, 1957.
- Azima, H., M. Lemieux y F. J. Azima, «Isolement Sensoriel. Étude psychopathologique et psychanalytique de la régression et du schéma corporel», *L'Évolution Psychiatrique*, 27 (1962), 259.
- Babinski, J. F. F., «Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie)», *Rev. neurol.*, 27 (1914), 845.
- «Sur l'anognosie», *Rev. neurol.*, 39 (1923), 731.
- *Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme (pithiatisme)*, Chartres, Durand, 1960. (Reimpresión.)
- Bahnon, C. B., «Body and self-images associated with audio-visual self confrontation», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 148 (1969), 262.
- Barré, J. A., «Troubles nerveux, réflexe extenso-progressifs, d'origine traumatique», Clermont-Ferrand, París, Mont-Louis, 1945.
- Beaton, L., «Collaboration between the surgeon and the psychiatrist», *Med. Clin. N. A.*, 51 (1967), 1425.
- Bergson, H., *Les données immédiates de la conscience*, 24.ª ed., París, Alcan, 1926.

- Beringer, K., «Die Bedeutung der Rauschgiftversuche für die Klinik», *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.*, 28 (1932), 1.
- Bettelheim, B., «Joey: a 'mechanical boy'», *Scientific American*, 200 (1959, marzo), 116.
- Bleuler, M., J. Willis y H. R. Bühler., *Síndromes psíquicos agudos en las enfermedades somáticas*, Madrid, Morata, 1968.
- Blondel, Ch., *La conscience morbide*, París, Alcan, 1928.
- Bogaert, L. van., «Sur la pathologie de l'image de soi», *Ann. méd. psychol.*, 2 (1934), 519 y 744.
- Bolk, D., *Das Problem der Menschwerdung*, Jena, Fischer, 1926.
- Bonhöffer, K., *Nervenärztliche Erfahrungen und Eindrücke*, Berlín, Springer, 1941.
- Bonnier, P., *Le vertige*, París, Masson, 1904.
- «L'aschématie», *Rev. neurol.*, 13 (1905), 605.
- *L'Anxiété*, París, Alcan, 1913.
- Brentano, F., *Psychologie von empirischen Standpunkt*, 2.ª edición, Leipzig, Meinnert, 1924, 1925, 1928.
- Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, París, Bailliè-re, 1859.
- Brunner, H., «Zur Klinischen Bedeutung des optischen Drenny-stagmus», *Klin. Mbl. Augenheilk.*, 68 (1922), 783.
- Büchner, F., *Cuerpo y espíritu en la medicina actual*, Madrid, Rialp, 1969.
- Bürger-Prinz, H., «Endzustände in der Entwicklung hyperthymen Persönlichkeiten», *Nervenarzt*, 21 (1950), 475.
- Busemann, A., *Kindheit und Reifezeit*, Francfort, Diesterweg, 1965.
- Buytendijk, F. J. J., «Das Menschliche der menschlichen Bewegung», *Nervenarzt*, 28 (1957), 1.
- *Mensch und Tier*, Hamburgo, Rowohlt, 1958.
- *Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung*, Heidelberg, Springer, 1958.
- Bychowski, G., «Disorders in the body-image in the clinical picture of psychosis», *J. nerv. ment. Dis.*, 97 (1943), 310.
- Casey, K. L. y R. Melzack., «Neural mechanism of pain: a conceptual model», en *New concepts in pain and its clinical management*, ed. por E. Leong Way, Filadelfia, F. A. Davis, 1967.
- Conrad, K., «Das Körperschema», *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 147 (1933), 346.
- Corbella, T. y L. Rossi., «La dysmorphophobie, ses aspects cliniques et nosographiques», *Acta Neurol. Psych. Belg.*, 9 (1967), 691.

- Critchley, M., *The parietal lobes*, Londres, Arnold, 1953.
- «Personification of paralysed limbs in hemiplegia», *Brit. med. J.*, 2 (1955), 284.
- «Quelques observations relatives à la notion de la conscience du moi corporel», *Encéphale*, 44 (1955), 501.
- «Disorders of corporeal awareness in parietal disease», en *The body percep.*, ed. por S. Wagner y H. Werner, Nueva York, Random House, 1965.
- Christian, P., «Zur Phänomenologie des leiblichen Daseins», *J. Psycho. Psychoth. Med. Anth.*, 7 (1960),
- Dement, W., «Recent studies on the biological role of rapid eye movement sleep», *Amer. J. Psychiat.*, 122 (1965), 404.
- Deny, G. y P. Camus, «Sur une forme d'hypochondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps», *Rev. neurol.*, 13 (1905), 461.
- Dietrich, H., «Dysmorphophobie», *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 203 (1962), 511.
- Edinger, I., *Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane des Menschen und des Tieres*, Leipzig, 1908.
- Engel, G. L., «A reconsideration of the role of conversion in somatic disease», *Compreh. Psychiat.*, 9 (1968), 316.
- Fenichel, O., *The psychoanalytic theory of neurosis*, Londres, K. Paul, Trench Trubner and Co., 1945.
- Fenkel-Brunswick, E., «Mechanisms of self-deception», *J. Soc. Psychol.*, 10 (1939), 409.
- Foerster, O., *Die Leitungsbahnen des Schmerzgeföhles und die chirurgische Behandlung der Schmerzzustände*, Berlín, Urban u. Schwarzenberg, 1927.
- Frederiks, J. A. M., «Disorders of the body schema», en *Handbook of clinical Neurology*, ed. por P. J. Vinken y G. W. Bruyn, cap. 11, tomo 4, Amsterdam, North Holland Pub. Co., 1969, página 207.
- Freud, S., *Zur Auffassung der Aphasien* (1891), Nueva York, Int. Univ. Press., 1953.
- Freud, S., *Obras Completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967.
- Gallinek, A., «Über die Entstehung des Phantomgliedes», *Dts. Z. Nervenheilk.*, 122 (1931), 38.
- Gardiner, M. (ed.), *The Wolf-Man by the Wolf-Man*, Nueva York, Basic Books, 1971.

- Gebattel, V. E. F. von, *Christentum und Humanismus*, Stuttgart, Klett, 1947.
- «Störungen des Werdens und des Zeiterlebens im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen», en *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*, Berlín, Springer, 1954.
- «Die anankastische Fehlhaltung», en *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, tomo 2, pág. 125, Munich, Urban u. Schwarzenberg, 1959.
- Gehlen, A., *Der Mensch. Seine Natur und Seine Stellung in der Welt*, Bonn, Atheneum, 1950.
- Gelb, A., «Über die durch Kriegsverletzungen bedingten Veränderungen im optischen Zentralapparat», *Dts. Z. Nervenheilk.*, 59 (1918), 192.
- Gerstmann, J., «Syndrome of finger agnosia, disorientation for right and left, agraphia and acalculia. Local diagnostic value», *Arch. Neurol. Psychiat.* (Chicago), 44 (1940), 398.
- Gillies, H., «The clinical diagnoses of early schizophrenia», en *Topics in Psychiatry*, pág. 47, ed. por Rodger, Mowray y Roy, Londres, Cassell, 1958.
- Goldstein, K., «Beobachtungen über die Veränderungen des Gesamtverhaltens bei Gehirnschädigung», *Mschr. Psychiat. Neurol.*, 68 (1928), 217.
- Goldstein, K. y A. Gelb, «Psychologische Analysen hirnpathologischer Fälle auf Grund von Untersuchungen Hirnverletzter», *Z. Ges. Neurol. Psychiat.*, 41 (1918), 1.
- Gröen, J., J. Bastiaans y J. M. V. der Valk, «Aspects of syndrome shift and syndrome suppression», en *Psychosomatics*, ed. por J. Booi, Amsterdam, Elsevier, 1957.
- Grünbaum, A. A., «Wahrnehmung und Motorik bei der Agnosie», *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 95 (1931), 725.
- Guardini, R., *Die Künste im technischen Zeitalter*, Munich, Oldenbourg, 1954.
- Gueniot, M., «D'une hallucination du toucher (ou hétérotopie subjective des extrémités) particulièrement à certains amputés», *J. Pysiol.* (Paris), 4 (1861), 416.
- Hallen, O., «Über circumscriphte Hypochondrien», *Nervenarzt*, 41 (1970), 215.
- Hasenjäger, Th. y O. Pötzl, «Phantomarm bei Plexuslähmung», *Deuts. Zeit. Nervkr.*, 152 (1941), 112.

- Hay, G. G., «Psychiatric aspects of cosmetic nasal operations», *Brit. J. Psychiat.*, 116 (1970), 85.
- Head, H., *Studies in neurology*, Londres, Oxford Univ. Press., 1920.
- Head, H. y G. Holmes, «Sensory disturbances from cerebral lesions», *Brain*, 34 (1911), 102.
- Hebel, K., *Z. Sinnesphysiol.*, 70 (1943), 75.
- Hécaen, M. y J. Ajuriaguerra, *Méconnaissances et hallucinations corporelles*, París, Masson, 1959.
- Heidegger, M., «Die Frage nach der Technik», en *Vorträge und Aufsätze*, Pfullingen, Neske, 1954.
- «Banen, Wohnen, Denken», en *Vorträge und Aufsätze*, Pfullingen, Neske, 1954.
- *Sein und Zeit*, Tubinga, Niemeyer, 1957.
- Hemon, cit. por Lhermitte.
- Hoff, H., «Zur Frage der formalen Gestaltung optischer Halluzinationen im hemianoptischen Gesichtsfeld», *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 137 (1931), 453.
- Hoff, H., I. Gloning y K. Gloning, «Die zentralen Störungen der optischen Wahrnehmung», *Wien. med. Wschr.*, 112 (1962), 409, 432, 450, 469, 565 y 585.
- Hoff, H. y O. Pötzl, «Über Störungen des Tiefensehens bei zerebraler Metamorphosie», *Mschr. Psychiat. Neurol.*, 90 (1935), 305.
- Höffding, H., *Psychologie in Umrissen.*, 2.^a ed., Leipzig, Reisland, 1893.
- Hoffmann, H., «Stereognostische Versuche angestellt zur Ermittlung der Elemente des Gefühlssinnes, aus denen die Vorstellung der Körper im Raume gebildet werden», *Dts. Arch. Klin. Med.*, 26 (1885), 398.
- Holmes, G., «Disorders of sensation produced by cortical lesions», *Brain*, 34 (1927), 413.
- Holst, E. V., *Zur Verhaltensphysiologie bei Tieren und Menschen*, Munich, Pieper, 1969.
- Holzman, P. S., «On hearing and seeing oneself», *J. nerv. ment. Dis.*, 148 (1969), 198.
- Huber, G., «Die coenästhetische Schizophrenie», *Forts. Neurol. Psychiat.*, 25 (1957), 491.
- Jacobson, E., *Progressive relaxation*, Chicago, Chicago Univ. Press., 1928.
- Janet, P., «Obsession de la honte du corps», en *Les obsessions et la psychasthénie*, 2.^a ed., París, Alcan, 1908.

- *Les névroses*, París, Flammarion, 1927.
- Jaspers, K., *Psychologie der Weltanschauungen*, Berlín, Springer, 1960. (Traducción española, *Psicología de las concepciones del mundo*, Madrid, Gredos, 1967.)
- Jouvet, M., «Activité onirique et neuropharmacologique», en *Psychiatry (Proceedings of the IV World Congress of Psychiatry)*, ed. por J. J. López Ibor, tomo I, pág. 178, Amsterdam, Excerpta Medica Foundation, 1967.
- Jung, C. G., «Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten», *Rascher. Zurich*, 1945.
- Kienle, G., *Die optischen Wahrnehmungsstörungen und die nicht-euklidische Struktur der Sehraumes*, Stuttgart, Thieme, 1968.
- Kleist, K., *Gehirnpathologie*, Leipzig, Barth, 1934.
- «Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege», 4 (1922), 343.
- Kleitmann, N., *Sleep and wakefulness*, 2.^a ed., Chicago, Univ. of Chicago Press, 1963.
- Korkina, M. V., «The clinical significance of the dysmorphophobia», *Zh. Neuropat. i Psychiat.*, 59 (1959), 994. (En ruso.)
- Kornmuller, A. E., *Die Elemente der nervösen Tätigkeit*, Stuttgart, Thieme, 1947.
- «Erregbarkeitssturende Elemente und Systeme des Nervensystems», *Fortsch. Neurol. Psychiat.*, 18 (1950), 437.
- Kraus, F., «Allgem. u. spezielle Pathologie der Person», *Klin. Sisygiology*, Leipzig, 1926.
- Krehl, L. von., *Krankheitsform und Persönlichkeit*, Leipzig, Thieme, 1929.
- *Entstehung, Erkennung, Behandlung innerer Krankheiten*, Leipzig, Thieme, 1930.
- Kretschmer, E., «Der sensitive Beziehungswahn», Berlín, Springer, 1918.
- *Hysterie, Reflex und Instinkt*, Stuttgart, Thieme, 1958.
- Kubie, L. S., «Some aspects of the significance to psychoanalysis of the exposure of a patient to the televised audiovisual reproduction of this activity», *J. nerv. ment. Dis.*, 148 (1969), 301.
- Kunz, H., «Wahnerfahrung und Erfahrung». Comunicación al Symposium «Über das Werk von Ludwig Binswanger». Münsgerlingen y Kreutzlingen, Abril 1971.
- Le Guerinel, N., «Le langage du corps chez l'Africain», *Psychopathologie Africaine*, 7 (1971), 13.

- Leibniz, G. W., *Hauptwerke*, Stuttgart, Kröner, 1949.
- *Correspondencia con Arnauld*, Buenos Aires, Losada, 1949.
- Leme Lopes, J., «Os factores ambientais e neuróticos nos trastornos depresivos», *Acta. Neur. Arg.*, 6 (1960).
- Leuner, H., «Grundzüge einer Konditionel-genetischen Psychopathologie am Beispiel der experimentellen Psychose», *Nervenarzt*, 34 (1963), 198.
- Lhermitte, J., «L'image de notre corps», *Nouvelle Revue Critique*, París, 1939.
- «L'image corporelle en neurologie», *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.*, 69 (1952), 213.
- «Syndrome de la calotte du pédoucoule cérébrale. Les troubles psychosensoriels dans les lésions du mésocéphale», *Rev. neurol.*, 38 (1922), 1359.
- Lhermitte, J. y H. Hecaen., «L'heautoscopie onirique. Le double dans le rêve et le songe», *Rev. Neurol.*, 74 (1942), 226.
- Linn, L., «Discussion» (a M. E. Meyer y Colbs.), *Psychosom. Med.*, 22 (1960), 202.
- López Ibor, J. J., «El miembro fantasma negativo», *Actas Luso-Esp. de Neurol. y Psiquiat.*, 4 (1941), 1.
- *Neurosis de Guerra*, Madrid, Científico Médica, 1942.
- *La angustia vital*, Madrid, Paz Montalvo, 1950. (Reimpresión 1969.)
- «Sobre la génesis del esquema corporal», *Act. Luso-Esp. de Neurol. y Psiquiat.*, 13 (1954), 94.
- «Sobre la despersonalización», *Rev. de Psiquiat. y psico. Méd. de Europa y América Latina*, 2 (1954), 568.
- «Analyse structurale de l'expérience de dépersonnalisation», *L'Encéphale*, 5-6 (1957), 630.
- «Análisis estructural de la sintomatología esquizofrénica», en *Symposium sobre la esquizofrenia*, ed. por J. J. López Ibor, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1957.
- *Cuestiones actuales en medicina psicosomática*, Basilea, Geigy, 1960.
- «Existe-t-il un schéma corporel?», en *Livre jubilaire du Dr. Ludo van Bogaert*, 1962, pág. 501.
- «Anatomía del Intracuerpo», *Atlántida*, 1 (1963), 6.
- *Las neurosis como enfermedades del ánimo*, Madrid, Gredos, 1966.

- «Le schéma corporel, la corporalité et l'hypochondrie», *Rev. de Med. Fonctionnelle*, 1 (1971), 1.
- *Sur les mécanismes centraux et périphériques dans l'image corporelle* (Conferencia).
- *Lecciones de psicología médica*, 2.^a ed., Madrid, Paz Montalvo, 1973.
- López-Ibor Aliño, J. J., *Los equivalentes depresivos*, Madrid, Paz Montalvo, 1972.
- «Sergio, el hombre de los lobos, un espejismo del psicoanálisis», *Actas Luso-Esp. de Neurol. Psiquiat. y Ciencias Afines*, 1 (1973), 127.
- Lotze, R. H., *Medizinische Psychologie oder Physik der Seele*, (1851-52). Reimpresión, Amsterdam, Bonset, 1966.
- Mack Brunswick, R., Véase Gardiner, M.
- Marcel, G., *Être et avoir*, París, Montaigne, 1955.
- Marty, P. y M. de M'Uzan, «La pensée opératoire», *Rev. Franç. Psychoanal.*, 27 suppl. (1963), 1345.
- Meinert, J., «Psychosomatischen Medizin», *Verh. Ges. inn. Med.*, 55 (1949).
- Meinertz, J., «Die Notwendigkeit einer Selbstbesinnung der Tiefenpsychologie auf ihre wissenschaftliche Grundlagen», *Psyche*, 6 (1952), 187.
- Melzack, R. y P. D. Wall, «Pain mechanisms: a new theory», *Science*, 150 (1962), 331.
- Merleau-Ponty, J., *La structure du comportement*, París, P. U. F., 1942.
- *Phénoménologie de la perception*, París, N. R. F. Gallimard, 1945.
- Meyer, E. W., E. Jacobson, M. T. Edgerton y A. Canter, «Motivational patterns in patients seeking elective plastic surgery. I. Women who seek rhinoplasty», *Psychosom. Med.*, 22 (1960), 193.
- Meyer, J. E. y A. Tuchelt-Gallwitz, «A study on social image, body image and the problem of psychogenic factors in obesity», *Comprehensive Psychiat.*, 9 (1968), 148.
- Meynert, *Psychiatrie*, Viena, 1884.
- Monello, L. F. y J. Mayer, «Obese adolescent girls. An unrecognized 'minority group'», *Am. J. Clin. Nutr.*, 13 (1963), 35.
- Morel, A. B., *Traité des dégénérescences*, París, 1857.
- Morselli, G., «Sulla dismorfofobia e sulla tafetofobia», *Boll. Acadd. Med. Genova*, 6 (1886).

- Nemiah, J. C., «Conversion Reaction», en *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. por A. M. Freedman y H. I. Kaplan, Baltimore, Williams and Wilkins, 1967.
- Nemiah, J. C. y P. E. Sifneos, «Psychosomatic illness: A problem in communication», en *Recent Research in Psychosomatics. Proc. of the 8th Europ. Conf. on Psychosomatic Research*, página 154, ed. por R. A. Pierloot, Basilea, Karger, 1970.
- Nietzsche, F., *Die Geburt der Tragödie aus dem Geiste der Musik*, Leipzig, A. Kröner, 1930.
- Noto-Campanella, F. y E. Zuccoli, «In tema di dismorfofobia», *Neuropsiquiatria*, 24 (1968), 475.
- Obiols, J., *El caso Julia*, Barcelona, Jims, 1969.
- Oppenheim, H., *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 6.^a ed., Berlín, Karger, 1913.
- Ortega y Gasset, J., «Vitalidad, alma y espíritu», en *Obras Completas*, Madrid, Revista de Occidente, 1946.
- Palagy, M., *Naturphilosophische Vorlesungen*, Leipzig, Barth, 1924.
- Palazzoli-Selvini, M., «La psicopatología del vissuto corporeo», *Arch. Psychol. Neurol. Psychiat.*, 4-5 (1965), 334.
- Pascal, B., *Oeuvres complètes*, París, La Pléiade, 1954.
- Pasche, F., «De la dépression», en *A partir de Freud*, París, Payot, 1969, pág. 284.
- Piaget, J., *El nacimiento de la inteligencia en el niño*, Madrid, Aguilar, 1969.
- Pick, A., *Über Störungen der Orientierung am eigenem Körper*, Berlín, Karger, 1908.
- Zur Pathologie des Bewusstseins vom eigenem Körper», *Neurol. Cbl.*, 34 (1915), 257.
- «Störung der Orientierung am eigenem Körper», *Psychol. Forsch.*, 1 (1922), 303.
- Pineas, H., «Ein Fall von phantomänlichen Erscheinungen (Phantomarm) bei hemiplegischer Lähmung», *Nervenarzt*, 5 (1932), 233.
- Pitres, A., «Étude sur les sensations illusoires des amputés», *Ann. méd. psychol.*, 55 (1897), 5 y 177.
- Plessner, H., *Lachen und Weinen*, Berna, Francke, 1950.
- Plügge, H., *Wohlbefinden und Missbefinden. Beiträge zu einer Medizinischen Anthropologie*, Tübinga, Niemeyer, 1962.
- The ambiguity of having and being a body», *Human Inquiries*, 10 (1970), 132.

- Poeck, K., «Zur Psychophysiologie der Phantomertechnisse», *Nervenarzt*, 34 (1963), 241.
- «Über die Orientierung am eigenen Körper», *Akt. Fragen Psychiat. Neurol.*, 2 (1965), 144.
- Poeck, K. y B. Orgass., «Über die Entwicklung der Körperschema», *Fort. der Neurol. u. Psychiat.*, 32 (1964), 538.
- Portmann, A., «Erleuchtung und Erscheinung im Lebendigen», en *Eranos-Jahrbuch 1956*, Zurich, Rhein, 1957.
- Pözl, O., *Die optisch-agnostischen Störungen*, Leipzig, Deuticke, 1928.
- *Über die Beziehungen des Grosshirns zur Farbenwelt (abgeleitet aus hirnpathologischen Befunde)*, Viena, W. Maudrich, 1958.
- Pradines, M., *Traité de Psychologie*, Paris, P. U. F., 1946.
- Rahner, K., *Zur Theologie des Todes*, Friburgo, Herder, 1962.
- Reich, W., *The Function of the Orgasm*, Londres, Panther Books, 1968.
- Richter, P., *Etudes cliniques sur la grande hystérie ou hystéroépilepsie*, 2.^a ed., Paris, Doin, 1885.
- Riddoch, G., «Phantom limbs and body shape», *Brain*, 64 (1941), 197.
- Rojas Ballesteros, L., «La vivencia de estar muerto», *Archivos de Neuro-Psiquiatría*, 11 (1953), 278.
- Rosenthal, C., «Über den normalen Schlaf des Menschen», *Klin. Wschr.*, 127, II.
- Rosenzweig, M. R., E. L. Bennett y M. C. Diamond, «Brain changes in response to experience», *Scientific American*, 226 (1972 feb.), 22.
- Ross, N., «Hallucinatory experience of changes in visual perception», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 9 (1936).
- Rüffin, H. C., «Die hypocondrische Depression», *J. Artz. Fortb.*, 6 (1957), 58.
- Sarró, R., «Análisis estructural de los mitos parafrénicos (las formas superiores de la vida esquizofrénica)», en *Ponencias de la VIII Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría*, La Coruña, 1968; Madrid, Lab. Liade, 1969.
- Sartre, J. P., *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard, 1943.
- Schachter, M., «Neuroses Dymorphophobiques (complexes de laideur) et délire ou conviction délirante de dymorphophobie», *Annales Médico-Psychologiques*, 129 (1971), 723.

- Scheler, M., *Wesen und formen der Sympathie*, Bonn, Cohen, 1923.
- Schilder, P., *Das Körperschema*, Berlín, Springer, 1923.
- *The image and appearance of the human body*, Londres, Kegan Paul, 1935. (También en Nueva York, Int. Univ. Press., 1935.)
- Schipperges, H., «Historische Aspekte einer Symbolic des Leibes», *Antaios*; ed. por M. Eliade y E. Jünger, tomo IX, 166, Stuttgart, E. Klett, 1968.
- Schneider, K., «Die Aufdeckung des Daseins durch die cyclothyme Depression», *Nervenarzt*, 21 (1950), 193.
- Schulte, W., «Psychogenese organ-neurologischer Krankheiten», *Nervenarzt*, 19 (1948), 129.
- Schultz, J. H., *Das autogene Training*, 9.ª ed., Stuttgart, Thieme, 1956.
- Schwarz, H., *Nervenarzt*, 30 (1959), 203.
- Semon, *Mneme*, 3.ª ed., Leipzig, Engelmann, 1911.
- Sifneos, P., «Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases», *Acta med. psychosom., Proc. of the 7th Europ. Conf. on Psychosomatic research*, Roma, sept. 1967.
- Sollier, P., *Les phénomènes d'autoscopie*, París, Alcan, 1903.
- Sournia, J.-C., *Les mythologies de la médecine moderne*, París, P. U. F., 1969.
- Spiegelberg, U., «Über Beziehungen endogene Psychosen zu Körperlichen Krankheiten», *Fortsch. Neurol. Psychiat.*, 23 (1955), 221.
- Stekel, W., *Compulsion and doubt*, vol. II, Londres, P. Nevill, 1950.
- Straus, E. W., «Das Zeiterlebnis in der Endogenen Depression und in der Psychopathischen Verstimmung», *Msch. Psychiat. Neurol.*, 68 (1928), 640. (También en *Die Wahnwelten*, ed. por E. W. Straus y J. Zutt, Frankfurt, Akademische, 1963.)
- *Geschehnis und Erlebnis*, Berlín, Springer, 1935.
- *Vom Sinn der Sinne*, 2.ª ed., Berlín, Springer, 1935.
- *Psicología Fenomenológica*, Buenos Aires, Paidós, 1971.
- Stutte, H., «Thersites-Komplex», *A Criança Portuguesa*, 21 (1962-63), 451.
- Sutter, J. M., Y. Pellicier, H. Luccioni, J.-C. Scotto y A. Forrest, «La 'mauvaise foi' des alcooliques», en *Psychiatry (Actas del IV Congreso Mundial de Psiquiatría)*, ed. por J. J. López Ibor), pág. 1.373, tomo 3, Amsterdam, Excerpta Medica, 1968.

- Szasz, T. S., «Psychiatric aspects of vagotomy, IV. Phantom ulcer pain», *Arch. Neurol. Psychiat.*, 62 (1949), 728.
- Szilasi, W., «Die Erfahrungsgrundlage der Daseinsanalyse Binswangers», *Schw. Arch. Neur.*, 67 (1951), 74.
- Tellenbach, H., *Melancholie*, Berlín, Springer, 1961.
- Tomkiewicz, S. y J. Finder, «Dysmorphophobie de l'adolescent caractériel», *Rev. Neuropsych. Inf.*, 15 (1967), 940.
- Uexküll, T. von, *Umwelt und Innenwelt der Tiere*, Berlín, Springer, 1921.
- Vogel, P., «Diskussion zum Thema Agnosie», *Nervenarzt*, 22 (1951), 190.
- Waehrens, A., *La philosophie et les expériences actuelles*, La Haya, Nijhoff, 1961.
- Weinstein, E. A. y R. L. Kahn, *Denial of illness*, Springfield, Ch. C. Thomas, 1955.
- Weizsäcker, V. v., *Der Gestaltkreis* (4.ª ed.), Stuttgart, Thieme, 1950.
- Wernicke, C., *Grundriss der Psychiatrie*, Leipzig, Thieme, 1894.
- Wieck, H. H., *Lehrbuch der Psychiatrie*, Stuttgart, F. K. Schattaver, 1967.
- Wulff, E., «Der Hypochonder und sein Leib», *Nervenarzt*, 29 (1958).
- Zillig, G., «Über ein Phänomen beim Schreiben mit der linken Hand», *Nervenarzt*, 12 (1939), 512.
- Zutt, J., *Auf dem Wege einer anthropologischen Psychiatrie, Gesammelte Aufsätze*, Berlín, Springer, 1963. (Traducción castellana, *Psiquiatría Antropológica*, Madrid, Gredos, 1974.)
- «Über verstehende Anthropologie. Versuch einer anthropologischen Grundlegung der psychiatrischen Erfahrung», en *Psychiatrie der Gegenwart*, tomo 1 (Forschung und Praxis), ed. H. W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross y M. Müller, Berlín, Springer, 1963, pág. 763.

INDICE DE AUTORES

- Ajuriaguerra, J., 54.
Alby, J.-M., 172.
Anton, G., 66.
Aserinsky, E., 122.
Audrey, R., 137.
Azima, H., 110.
- Babinski, J. F. F., 66, 85, 86.
Bahnon, C. B., 130.
Barré, J. A., 55.
Beaton, L., 134, 157.
Bergson, H., 20, 62, 70, 219.
Beringer, K., 195.
Bettelheim, B., 131.
Bleuler, M., 122, 195.
Blondel, Ch., 54.
Bogaert, L. van, 65.
Bolk, D., 153.
Bonhöffer, K., 162.
Bonnier, P., 52, 67.
Brentano, F., 22, 24, 85.
Briquet, 82.
Brunner, 226.
Büchner, F., 119.
Bühler, H. R., 122.
Bürger-Prinz, H., 142.
Busemann, A., 178.
- Buytendijk, F. J. J., 16, 176.
Bychowski, G., 172.
- Camus, P., 50.
Casey, K. L., 111.
Conrad, K., 68.
Corbella, T., 172.
Critchley, M., 22, 85, 111.
- Charcot, 231.
Christian, P., 26, 75.
- Daewin, 118.
Dement, W., 122.
Deny, G., 52.
Descartes, 24, 118, 131, 140.
Dietrich, H., 172, 179.
Dilthey, 185.
- Edinger, I, 90.
Engel, G. L., 7.
- Fenichel, O., 172.
Fenkel-Brunswick, E., 130.
Finder, J., 172, 182.
Foerster, O., 67.
Frederiks, J. A. M., 106, 109, 115, 117.

- Freud, S., 7, 83, 119, 141, 148, 149, 182, 183.
- Gallinek, 75.
- Gebtsattel, V. E. F. von, 93, 163.
- Gehlen, A., 153.
- Gelb, A., 61, 231.
- Gerstmann, J., 85, 86, 106.
- Gillies, H., 173.
- Goethe, 139.
- Goldstein, K., 20, 60, 61, 105, 222, 231.
- Gröen, J., 156.
- Guardini, R., 125.
- Grünbaum, A. A., 73.
- Gueniot, M.,
- Hallen, O., 162.
- Hasenjäger, Th., 67.
- Hay, G. G., 172.
- Head, H., 21, 69, 106, 110, 218, 230.
- Hebel, K., 225, 229.
- Hécaen, H., 54, 56, 110.
- Heidegger, M., 28, 95, 133, 134, 136.
- Helmholtz, 223.
- Hoff, H., 24, 69.
- Höfdding, H., 106.
- Hoffmann, 193.
- Holmes, G., 21, 106, 218.
- Holst, E. V., 59.
- Holzman, P. S., 131.
- Huber, G., 195.
- Janet, P., 81, 84, 85, 72, 184.
- Jaspers, K., 150, 180, 185.
- Jiménez Díaz, C., 134.
- Jouvet, M., 122.
- Jung, C. G., 46, 195.
- Kahn, R. L., 86.
- Kant, E., 127, 218, 219.
- Kienle, G., 214.
- Kierkegaard, S., 176.
- Kleist, K., 41, 61.
- Kleitmann, N., 122.
- Korkina, M. V., 173.
- Kornmuller, A. E., 59.
- Kraus, F., 79.
- Krehl, L. von, 17.
- Kretschmer, E., 84, 183.
- Kubie, L. S., 177.
- Kunz, H., 123.
- Le Gueniot, 117.
- Le Guerinel, N., 141.
- Leibniz, G., 30, 44, 107, 219.
- Leme Lopes, J., 43.
- Lemieux, M., 110.
- Leuner, H., 195.
- Lhermitte, J., 52, 53, 56, 57, 61, 62, 110.
- Linn, L., 158, 181.
- López Ibor, J. J., 9, 55, 79, 84, 103, 107, 111, 115, 120, 156, 173, 176, 185, 229.
- López-Ibor Aliño, J. J., 9, 111, 116, 156.
- Lorschield, 16.
- Lotze, R. H., 102.
- Mack Brunswick, R., 120, 183.
- Marcel, G., 16, 32, 35, 91, 127.

- Marty, P., 151.
Mayer, J., 177.
Melzack, R., 111.
Merleau-Ponty, J., 16, 41, 50, 150, 154, 222, 232.
Meyer, E. W., 158, 175, 160, 161, 178, 182.
Meynert, 79.
Monello, L. F., 177.
Morselli, G., 172.
M'Uzan, M. de, 151.
- Nemiah, J. C., 9, 151, 159.
Nietzsche, F., 139.
Nothnagel, 39.
Noto-Campanella, F., 172.
- Obiols, J., 122.
Oppenheim, H., 20, 110.
Ortega y Gasset, J., 15, 16, 27, 28, 29, 108.
- Palagy, M., 62.
Palazzoli-Selvini, M., 160.
Pascal, B., 49.
Pasche, F., 179.
Piaget, J., 140.
Pick, A., 67, 106, 107.
Pineas, H., 65.
Pitres, A., 85.
Plessner, H., 16, 91.
Plügge, H., 16, 38, 43, 46, 48, 128.
Poeck, K., 128, 130.
Portmann, A., 136.
- Pöttl, O., 67, 69, 74.
Pradines, M., 90.
- Rahner, K., 124.
Reich, W., 221.
Richter, P., 85.
Riddoch, G., 21, 68, 69, 76, 108.
Rojas Ballesteros, L., 124.
Rosenthal, C., 222.
Rosenzweig, M. R., 153.
Ross, N., 23.
Rossi, L., 172.
Rüffin, H. C., 151.
- Sarró, R., 122.
Sartre, J. P., 16, 19, 44, 144, 232.
Schachter, M., 170, 171.
Scheler, M., 16, 17, 32, 54.
Schilder, P., 16, 17, 32, 54, 69, 74, 86, 114, 115, 117, 137.
Schipperges, H., 119.
Schneider, K., 156, 181, 185.
Schulte, W., 156.
Schultz, J. H., 31.
Schultze, 39.
Schwarz, H., 162.
Semon, 21, 68.
Sifneos, P., 149, 151.
Sollier, P., 53.
Sournia, J.-C., 158, 159.
Spiegelberg, U., 146, 158.
Stekel, W., 172.
Straus, E. W., 86, 119, 152, 159.
Stutte, H., 146, 180.
Sutter, J. M., 130.
Szasz, T. S., 116.
Szilasi, W., 43, 53.

- Tellenbach, H., 184, 185.
Tomkiewicz, S., 172, 182.
Tuchelt-Gallwitz, A., 160, 161, 175,
178, 182.
Uexküll, T. von, 70, 135, 136.
Vogel, P., 223.
Wachlens, A., 50.
Walter, 160.
Wall, P. D., 111.
Weinstein, E. A., 86.
Weizsäcker, V. v., 16, 17, 73, 139,
229, 231.
Wernicke, C., 52.
Wieck, H. H., 194.
Willi, J., 122, 195.
Wulffs, E., 44.
Zillig, G., 221.
Zutt, J., 16, 92, 93, 122, 125, 135,
137, 138, 139, 144, 194.

INDICE GENERAL

	<u>Págs.</u>
<i>Prólogo</i>	7
<i>Entre Scylla y Charybdis</i>	7

PRIMERA PARTE

I.— <i>La experiencia de la corporalidad</i>	15
1. Cuerpo y corporalidad	15
2. El enfermo problema	18
3. El esquema corporal	20
4. Esquema corporal e intencionalidad ...	21
5. El cuerpo como presencia	24
6. Periferia y centro	26
7. El intracuerpo	29
8. Punto de vista antropológico.	31
9. Actividad de la experiencia del yo ...	33
10. Anatomía del intracuerpo	34
II.— <i>La corporalidad desde el punto de vista gené- tico-clínico</i>	37
1. Clínica del esquema corporal	37
2. Proyección y reacción somatotrópica.	40

3. La hipocondría	42
4. Corporalidad y significación	45
5. La despersonalización y la heautosco- pia	50
6. A propósito de un campo visual fan- tasma	57
7. El nivel nervioso	61
8. Movimiento y esquema corporal	62
9. El miembro fantasma negativo	64
10. Intervención de factores centrales	68
11. Ingravidez y espacio propio	72
III. — <i>Geografía de los síntomas</i>	77
1. Las dos mitades del cuerpo	77
2. Pautas vegetativas	83
3. Los sentidos en la corporalidad	87
4. Jerarquización de los sentidos	90
5. Corporalidad, temporalidad, autorrefle- xión	91
6. La «physis»	95
SEGUNDA PARTE	
<i>Introducción</i>	101
I. — <i>La antropología del cuerpo</i>	104
1. La corporalidad	104
2. El esquema corporal y la cenestesia	105
3. La intencionalidad del esquema corpo- ral. Su estructura	110

	<u>Págs.</u>
4. Fenomenología de la corporalidad ...	118
5. El cuerpo viviente	121
II. — Métodos de investigación de la corporalidad.	126
1. La confrontación entre el cuerpo y la corporalidad	126
2. La interioridad o intimidad	132
3. La espacialidad	135
4. La temporalidad	139
5. El cuerpo como manifestación y como posibilidad de encuentro	143
6. La reacción de conversión	149
7. El cuerpo como estructura subyacente.	150
III. — Las dismorfofobias	155
1. El sufrimiento de los que se consideran estigmatizados	155
2. Las fronteras de las dismorfofobias.	158
3. Casuística	162
4. Psicopatología	172
5. Las dismorfofobias y el círculo tímico	184

TERCERA PARTE

<i>Una investigación con alucinógenos</i>	193
Dos auto-observaciones con psicodislépticos.	193
Intoxicación por el ácido lisérgico	196
Intoxicación por «parpanit»	211

	<u>Págs.</u>
<i>Un final que es un comienzo</i>	218
<i>Bibliografía</i>	233
<i>Índice de autores</i>	245

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

Dirigida por J. J. LÓPEZ IBOR

1. Viktor E. Frankl: *Teoría y terapia de las neurosis*. 246 páginas. 16,5 × 25 cms.
2. Dieter Wyss: *Las escuelas de psicología profunda desde sus principios hasta la actualidad (Evolución-Problemas-Crisis)*. 546 págs. 16,5 × 25 cms.
3. Walter Bräutigam: *La psicoterapia en su aspecto antropológico*. 230 págs. 16,5 × 25 cms.
4. Igor A. Caruso: *Bios Psique Persona (Introducción a la psicología profunda en general)*. 336 págs. 16,5 × 25 cms.
5. J. J. López Ibor: *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. 696 págs. 16,5 × 25 cms.
6. Henri Ey: *La conciencia*. 334 págs. 16,5 × 25 cms.
7. Rollo May, Ernest Angel y Henri F. Ellenberger (eds.): *Existencia (Nueva dimensión en psiquiatría y psicología)*. 524 páginas. 16,5 × 25 cms.
8. H.-K. Knoepfel: *Psicoterapia para el médico de cabecera*. 168 páginas. 16,5 × 25 cms.
9. Charles Baudouin: *La obra de Jung y la psicología de los complejos*. 364 págs. 16,5 × 25 cms.
10. Francis J. Braceland y Michael Stock, O. P.: *Psiquiatría moderna (Manual para creyentes)*. 286 págs. 16,5 × 25 cms.
11. Gion Condrau: *Angustia y culpa, problemas fundamentales de la psicoterapia*. 174 págs. 6 láminas. 16,5 × 25 cms.
12. Jakob Lutz: *Psiquiatría infantil (Introducción a su estudio y praxis. Obra destinada a médicos, educadores, asistentes sociales y jueces de menores. Con atención especial a los problemas de la pedagogía terapéutica)*. 390 págs. 16,5 × 25 cms.
13. G. Clauser: *Manual de análisis biográfico (Teoría y praxis de la consideración de la enfermedad y tratamiento de los enfermos desde el punto de vista biográfico)*. 258 págs. 2 láminas. 16,5 × 25 cms.
14. Lewis R. Wolberg: *Psicoterapia breve*. 350 págs. 1 lámina. 16,5 × 25 cms.
15. Victor Emil von Gebattel: *Imago hominis (Contribuciones a una antropología de la personalidad)*. Con un prólogo de Wilhelm Josef Revers. 276 págs. 16,5 × 25 cms.

16. Hans Jörg Weitbrecht: *Manual de psiquiatría*. Con un prólogo y capítulo sobre «Psiquiatría forense» por J. J. López Ibor. 746 págs. 16,5 × 25 cms.
17. Harald Schjelderup: *Introducción a la psicología*. Con un prólogo de J. J. López Ibor. 318 págs. 16,5 × 25 cms.

SERIE MINOR

1. Thomas S. Szasz: *La ética del psicoanálisis (Teoría y método de la psicoterapia autónoma)*. 272 págs. 12 × 19 cms.
2. Hendrik M. Ruitenbeek (ed.): *Psicoanálisis y filosofía existencial*. 394 págs. 12 × 19 cms.
3. J. J. López Ibor y J. J. López-Ibor Aliño: *El cuerpo y la corporalidad*. 3 láminas. 252 págs. 12 × 19 cms.