

Rafael Huertas

CUERPO VISTO & CUERPO SENTIDO

*De la anatomía a la clínica psiquiátrica**

BODYSEEN & BODYFELT: FROM THE ANATOMY TO THE PSYCHIATRIC CLINICAL

■ RESUMEN

Se pretende una reflexión histórica sobre la concepción del cuerpo humano en relación con la clínica psiquiátrica. Se abordan algunos aspectos especialmente significativos de la «somatización» de lo mental por parte del alienismo decimonónico y se apunta una interpretación antropológica del cuerpo en la encrucijada de la salud mental, basada en el abordaje del mismo, bien como un objeto científicamente observable (cuerpo visto), bien como una realidad subjetiva (cuerpo sentido).

Palabras clave: Historia de la Psiquiatría; cuerpo humano; clínica psiquiátrica.

■ ABSTRACT

The goal of this paper is to made an historical analysis about the conception of the human body in relationship with clinical psychiatry. We focused our study on some specially significant aspects of the decimononic alienism, as the «somatization» of the mind. We advance an anthropological interpretation of the comprehension of the body in the crossroads of the mental health, based on thinking the body as scientifically observable object (seen body) or as subjective reality (felt body)

Key words: History of Psychiatry; human body; psychiatric clinic.

* El presente texto corresponde a la conferencia inaugural impartida por el autor en las II^a Jornadas interautonómicas del Norte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, celebradas en Segovia los días 13 y 14 de diciembre de 2002, sobre «El cuerpo en la encrucijada de la salud mental». Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación nº BHA 2002-00588 (Ministerio de Ciencia y Tecnología)

■ INTRODUCCIÓN

Cuando un historiador de la ciencia –o de la medicina- se ha planteado el problema del cuerpo humano, lo que tradicionalmente ha entendido y abordado ha sido el estudio de las llamadas «ciencias morfológicas»; esto es, la anatomía –descriptiva o topográfica-, la histología –normal o patológica-, la embriología, asociada o no a la anatomía comparada filogenética, con la siempre atractiva posibilidad de introducir en el análisis la reflexión evolucionista (darwinista), tan importante en la comprensión de las ciencias biológicas contemporáneas. Asimismo, en el campo de la clínica, la consideración de la enfermedad como una lesión anatómica, como una disfunción o como el efecto de un agente externo (microbio o veneno) en el organismo –en el cuerpo- del paciente, ha sido el eje epistémico sobre el que la respetada escuela lainiana ha basado –con las variantes que el progreso de la ciencia y la técnica médica iba imponiendo- la explicación positivista de la patología humana.

Sin embargo, esta historia de la medicina –académicamente ortodoxa- ha sido felizmente contaminada por otras corrientes historiográficas (la historia social, los estudios de género,...) y por otras disciplinas (la antropología, la filosofía, el psicoanálisis, etc.) que han hecho posible nuevos y diferentes acercamientos a la reflexión sobre el cuerpo del hombre y de la mujer. Así, a la anatomía, la fisiología o la patología –como saberes estrictamente médicos- se han ido incorporando, durante las dos últimas décadas del siglo pasado, otros contenidos que en cierto modo tienen que ver con algunos miedos finiculares, con el temor a la pérdida del propio cuerpo, de sus vivencias, de sus sensaciones. Al estudio de la maternidad o de la muerte (eventos médicos, pero también antropológicos y filosóficos) se añadió la recuperación de las sensaciones y las percepciones: el color, el olor, el tacto, etc.; incluso el dolor, síntoma *princeps* de tantas patologías cuyo estudio puede ser enfocado desde la clínica y la terapéutica, pero también de manera mucho más rica, como sensación y expresión de individuos o de grupos, en el que la antropología, el psicoanálisis o la semiótica pueden ofrecer interpretaciones diferentes y complementarias (1,2). No es de extrañar, en este contexto, el éxito que obtuvo a finales de los ochenta una novela como *El perfume*, en la que el olor como sensación corporal, o su ausencia, desempeña un papel fundamental en el relato; ni tampoco la innegable evolución intelectual de Michel Foucault, desde su *Vigilar y Castigar*, en el que el cuerpo humano aparece ahogado por el nudo del poder, hasta su *Historia de la sexualidad*, en la que pretende explorar los placeres corporales, precisamente en un momento personal y vital próximo a su propia muerte. En definitiva, la preocupación por la vida sentida y gozada ha contribuido, de manera determinante, a la reflexión sobre el cuerpo desde el punto de vista de las ciencias humanas y sociales.

Existen, naturalmente, otros acercamientos posibles que pasan por la imagen y representación del cuerpo del hombre y de la mujer, del niño y del anciano, en cada momento histórico; los abordajes más simbólicos, o los paralelismos entre cuerpo

individual y cuerpo social. En una interesante monografía titulada *Carne y piedra*, el amigo de Foucault, Richard Sennet lleva a cabo una historia de la ciudad contada a través de la experiencia corporal de sus habitantes (3). Su punto de partida vuelve a ser la privación sensorial que, según el autor, cae como una maldición sobre la mayoría de los edificios modernos: el embotamiento, la monotonía, la esterilidad táctil que aflige el entorno urbano. Una privación sensorial que resulta aún más asombrosa por cuanto, como sabemos, cada vez se otorga una mayor importancia a las sensaciones corporales y a la libertad de la vida física. No cabe duda que las relaciones espaciales de los cuerpos humanos determinan en buena medida la manera en que las personas reaccionan unas con respecto a otras, la forma en que ven y escuchan, en si se tocan o están distantes, etc. Estas necesidades de relación entre individuos o entre grupos jerarquizados socialmente han condicionado planes y diseños urbanísticos; pero además, la concepción científica que se tenía del cuerpo ha influido en la manera de entender el espacio urbano. Por ejemplo, cuando Harvey, a comienzos del siglo XVII, describió la circulación de la sangre, ofreció una nueva imagen del cuerpo no solo para la ciencia médica, sino también para la ciencia política y para el urbanismo. Adan Smith supuso en *La riqueza de las naciones* que el libre mercado de trabajo y de bienes operaba de una manera similar a la circulación de la sangre en el cuerpo humano. La circulación e intercambio de mercancías y dinero parecía mucho más provechosa que la posesión fija y estable de la propiedad. Frente a la sociedad feudal, el incipiente capitalismo se movía, libre de viejas ataduras, a lugares o a gentes concretas. La premonición final de *El mercader de Venecia* es un poco esa: para moverse con libertad, no se pueden tener demasiados sentimientos. Pero las descripciones anatómicas y fisiológicas de la medicina moderna influyeron también en las concepciones urbanísticas de los planificadores ilustrados. Desde Harvey, la ciudad tendrá «pulso», «respiración» y grandes «arterias» y «venas» por las que circularán las personas. Desde Willis, las urbes contarán también con «fibras y energía nerviosa».

Vemos, pues, cómo una visión estrictamente médica del cuerpo puede enriquecerse –o superarse– desde muy diferentes perspectivas, pero tampoco podemos renunciar a ella si queremos situar a ese cuerpo humano en la encrucijada de la salud mental. Abordemos el cuerpo desde dos perspectivas diferentes, desde fuera y desde dentro: el cuerpo visto, como realidad «objetiva», científicamente observable y mensurable, y el cuerpo sentido, como realidad subjetiva a través de la cual no solo somos conscientes de nuestra propia existencia sino que percibimos nuestro mundo y nuestro tiempo. Cuerpo visto y cuerpo sentido; obviamente, no dejan de ser dos construcciones más o menos elaboradas no exentas de enormes ambigüedades, pero aceptemos el riesgo y hagamos de ellas los ejes de lo que a continuación pretendo exponer a través de algunos ejemplos que creo suficientemente representativos

■ EL CUERPO VISTO

El cuerpo que vemos, en este caso como profesionales de la salud mental, es el cuerpo del otro, el cuerpo que describen los anatomistas y los fisiólogos, pero también el cuerpo que se mueve, que se expresa, que se comporta de una determinada manera en función de unos códigos de conducta culturalmente condicionados. Actividad orgánica y actividad psíquica y social; según Laín «una continua y melódica sucesión de estados en que, como momentos constitutivos de cada una de esas acciones, unitariamente se integran la digestión, la respiración, la locomoción, la expresión, el estado de ánimo, el ejercicio de la decisión y la voluntad operativa, la vida subconsciente, los hábitos, etc.» (4).

El cerebro ha sido considerado, históricamente, el órgano en el que confluye y finaliza esa diversa y múltiple participación en el establecimiento de la llamada «unidad funcional» del cuerpo. Desde Alcmeon de Crotona y los presocráticos hasta la década de los noventa del siglo XX, denominada «década del cerebro» por la psiquiatría más biologicista, la verdad es que este órgano del Sistema Nervio Central ha sido considerado la sede de la vida sensitiva y psíquica del ser humano. Sin embargo, es a lo largo del siglo XIX, cuando la medicina positivista da un paso de gigante hacia la apropiación de ámbitos que hasta entonces no le habían sido totalmente propios; la medicalización de la locura, de la sexualidad o de los comportamientos supuestamente transgresores son, sin duda, buenos ejemplos de una «somatización del alma» que hemos descrito y desarrollado en otros lugares (5,6).

• *Síntoma y lesión*

La mentalidad anatomoclínica, la exploración anatómica, la experimentación neurofisiológica o la práctica neuroquirúrgica han constituido las principales fuentes de conocimiento, desde la medicina, para «ver» el cuerpo –vivo o muerto- del otro, para «identificar» o «reconocer» la sede corporal del comportamiento humano y de los trastornos mentales. La inflamación de las envolturas cerebrales encontrada por Bayle en las necropsias de pacientes diagnosticados de PGP (7,8), o el descubrimiento por parte de Broca de la lesión destructiva del pie de la tercera circunvolución frontal izquierda -que abrió el camino al estudio de las afasias (9)- son ejemplos típicos y tópicos del papel que la lesión cerebral desempeñó en la comprensión de la patología psiquiátrica y neurológica.

Sin embargo, a este planteamiento, que es muy tradicional, típico y tópico como acabo de señalar, creo que todavía se le puede dar alguna vuelta de tuerca más. En la PGP y en la afasia de Broca la relación entre manifestación clínica y alteración anatómica es tan clara que resulta hasta un tanto burda, pero tomemos un ejemplo algo más fino que no provenga de la neurología sino de la propia psicopatología: las alucinaciones en el contexto de la medicina francesa de la primera mitad del siglo XIX. Existen trabajos de relevancia historiográfica que han explicado la evolución

histórica y clínica del concepto de alucinación (10,11), sin embargo, lo que me interesa resaltar en este momento es que cuando Esquirol formuló la noción definitiva de alucinación, estableciendo su diagnóstico diferencial con las ilusiones, lo que consiguió fue despojar a ambos cuadros clínicos de su categoría nosográfica para convertirlos en verdaderos «signos físicos»¹, e incorporarlos a una semiología psiquiátrica de inspiración anatomoclínica (12,13,14).

No cabe duda que esta orientación, francamente novedosa, con la que Esquirol aborda el problema de las alucinaciones trae consigo un giro espectacular del concepto de «sensibilidad interna» de Cabanis y su adecuación a los nuevos presupuestos teóricos (15). Dicho concepto era utilizado casi exclusivamente para averiguar las causas de la locura; a partir de Esquirol, las alucinaciones y las ilusiones llegarán a suplantar en el interés de los alienistas las viejas etiología viscerales. Los puntos de vista de Cabanis (16,17,18), mezcla de viejas y nuevas teorías, dieron lugar a dos vías de interpretación de la locura. Por un lado, las sensaciones internas de origen visceral fueron invocadas por ciertos alienistas para acreditar su concepción de unos desarreglos mentales cuyos orígenes estaban en el abdomen. Por otro, se produce una puesta al día de esa misma tesis, de tal modo que lo que los médicos del siglo XVIII entendían como transporte de espíritus animales o de humores, pasa a interpretarse como sensaciones patógenas que escapan a la consciencia. Con la aportación de Esquirol las «sensaciones cerebrales» serán objeto de un enfoque mucho más fecundo e innovador, ya que bajo el nombre de alucinación, dichas sensaciones no serán consideradas exclusivamente como causas de locura, sino que comenzarán a aparecer como uno de sus más privilegiados síntomas. «Un hombre» –escribe Esquirol– «que tiene la convicción íntima de una sensación percibida, aunque no exista ningún objeto exterior que le provoque esa sensación, se encuentra a merced de sus sentidos, en un estado de alucinación: *es un visionario*» (19). Como puede verse, la definición señala el carácter psíquico de las alucinaciones deslindándolo claramente de los fenómenos sensoriales, pero todavía nuestro autor es más explícito cuando insiste en que «La alucinación es un fenómeno cerebral o psíquico que se ejecuta independientemente de los sentidos». Parece evidente que, a partir de este momento, la llamada «sensibilidad interna» puede dejar de ser entendida como «perturbadora», para comenzar a ser estudiada como «perturbada».

El proceso, sin embargo, es largo y complicado. Cabanis se preguntaba por el papel que las disposiciones de los órganos internos, y particularmente de las vísceras del bajo vientre, podían desempeñar en la facultad de sentir y, sobre todo, su influencia en la génesis de la bulimia, la histeria, la hipocondría, etc. Bichat, por su parte, intentó encontrar respuestas haciendo hincapié en la función de los ganglios, tradicionalmente considerados «pequeños cerebros» dotados de una sensibilidad específica. Así, lo que para Cabanis tan solo era una división en partes del sistema nervioso, en Bichat se convierte en una marcada separación entre las funciones y

propiedades del sistema nervioso central y las del sistema nervioso periférico. El primero sería responsable de «neurosis» (en el sentido de Cullen, lógicamente no en el de Freud) tales como la parálisis, el tétanos, la catalepsia o la epilepsia; mientras que al segundo se le imputarían los llamados «vapores», esto es, la histeria, la hipocondría, la melancolía, «y toda clase numerosa de afecciones donde el vientre y el pecho, sobre todo el primero, parecen ser el fuego donde asienta todo mal» (20).

Como se ve, la etiología visceral de la locura se va matizando poco a poco, pero aún no conseguirá estar ausente en Pinel, en cuyo *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, se habla de la localización precordial de las pasiones e, incluso, se llega a afirmar que el origen de la manía está «casi siempre en la región epigástrica» (21). Para Esquirol, el origen de los desarreglos puede estar en los órganos periféricos pero, en su famoso trabajo sobre las pasiones, ya sugiere que los estímulos sensitivos registrados en las vísceras son recogidos por los nervios y trasladados e integrados por el «centro de la sensibilidad» (22).

Se sustenta así, en muy buena medida, la propuesta esquiroliana de distinción nosográfica y patogénica entre alucinación e ilusión, categorías fundamentales de las aberraciones de la «sensibilidad interna». «Las alucinaciones» –afirma Esquirol– «no son sensaciones falsas, ni ilusiones de los sentidos, ni percepciones erróneas, ni errores de la sensibilidad orgánica, como sucede en la hipocondría. Pueden ser confundidas con las ilusiones de los sentidos o con las percepciones falsas de los hipocondríacos, pero en estos hay siempre objetos exteriores, mientras que en los alucinados no solo falta el excitante de los sentidos, sino que a veces estos órganos no funcionan» (19). El asiento de las alucinaciones es, consecuentemente, el «centro de la sensibilidad», mientras que en las ilusiones es el sistema nervioso periférico.

En la alucinación, pues, «todo pasa en el cerebro», en la ilusión la sensibilidad de las extremidades nerviosas está alterada, exaltada, debilitada o pervertida. Es obvio que la distinción esquiroliana entre alucinaciones e ilusiones debe inscribirse en la establecida por Cabanis entre «impresiones cerebrales» y «sensaciones viscerales», si bien tal diferenciación ya no sirve, como he indicado, para establecer una etiología sino, simplemente, una sintomatología. Síntomas clínicos convertidos en «signos físicos» que permiten identificar la localización del problema en el cuerpo del individuo, que permiten «ver» –puesto que estamos hablando del cuerpo visto– donde está la lesión o la disfunción.

- *Sintomatología y estigmatología*

Pongamos otro ejemplo de la utilización del modelo anatomo-clínico –o neuroanatómico si se prefiere– en la explicación de determinados «síntomas». Lanteri-Laura nos ofreció hace algunos años una lectura de las perversiones sexuales en las que nos narra con gran precisión de qué manera los diversos comportamientos sexuales fueron entrando, poco a poco, en la jurisdicción «científica» del médi-

co(23). Recordemos, por nuestra parte, cómo Charcot y Magnan (24), en un conocido artículo sobre «Inversión du sens génital et autres perversions sexuelles»², clasifican las «perversiones sexuales» siguiendo criterios anatómicos: los perversos espinales, los espino-cerebrales posteriores y los espino-cerebrales anteriores. Las consecuencias son inmediatas: Por un lado, al considerar la perversión sexual como una enfermedad, y no solo como un atentado contra las buenas costumbres, se reclama la pertenencia de dichas conductas perversas al ámbito del alienismo. Por otro, la anatomía viene a superar, en este caso, la finura semiológica de los grandes clínicos para buscar desesperadamente estructuras patológicas en el cuerpo de los «pacientes». Así, por ejemplo, cuando Laségue procede al examen de los exhibicionistas se centra en el acto mismo y queda, finalmente, bastante tautológico: su pertenencia a la medicina no es evidente y el magistrado puede no estar convencido de la existencia de una enfermedad (25). Con Magnan, y con Charcot, la tautología cesa: el interés no es exclusivo ni está limitado a los actos mismos, la clínica busca los elementos que establecen que estos actos tengan una categoría mórbida, garantizado no por ellos mismos sino por los signos físicos de desequilibrio mental. La enfermedad deja de ser una simple manera de hablar o de comportarse, o una comparación analógica, para convertirse en una alteración funcional del sistema nervioso (26). Esta «lesión funcional» recuerda, evidentemente las teorías sobre la histeria de Charcot y de su escuela (27). No insistiré en ello, pues pienso que es suficientemente conocido, pero no deja de resultar significativo que la enorme cantidad de síntomas corporales que presentaban las histéricas de la Salpêtrière (anestias, parálisis, cegueras, crisis convulsivas, etc.) no se correspondieran con explicaciones anatómicas o fisiológicas acordes con lo esperado³. El paradigma anatomoclínico hacía aguas pero no por ello se ponía en duda la naturaleza «orgánica» de la enfermedad.

Con la teoría de la degeneración la identificación de los estigmas físicos como signos objetivos de desequilibrio psíquico y de tendencias criminales o viciosas ocupó, como se sabe, un lugar privilegiado en el discurso médico positivista. Paralelamente a una sintomatología clínica surge toda una estigmatología física que el experto ha de saber ver, explorar y describir, y que aparece como consecuencia inmediata de la regresión del hombre a la animalidad. En lo referente a la sexualidad –y a sus supuestas desviaciones– este tipo de argumentos llega a excesos de gran plasticidad, sobre todo cuando se establecen paralelismos entre el cuerpo del perverso y la monstruosidad de sus actos. Para Garnier, por ejemplo, «los pederastas, en el onanismo bucal, tragan esperma aspirado creyendo así reemplazar el que ellos han perdido, están también los sodomitas que lamen el ano con la lengua, lo que hace eyacular sin ninguna acción manual. Un pederasta y sodomita, más activo que pasivo, delgado, histérico, me ha asegurado haber sido objeto de este hecho. El hombre-perro está, de este modo, consumado» (28).

Este recordatorio constante del peligro que acecha a la especie humana de retornar a la animalidad pasa por la denuncia de «bestias humanas» y seres monstruosos. Por un lado, se pretende identificar las posiciones adoptadas durante el acto sexual «perverso» (en cuclillas, de rodillas, a «cuatro patas») como propias de seres inferiores; lo mismo ocurre con muchas de las acciones realizadas (succionar, lamer, sorber, etc.); pero, por otro lado, se argumenta la falta de correlación entre órgano y función: la boca, la mano o el ano reemplazan a la vagina, la lengua sirve de pene, etc. Es decir, determinados órganos de la economía cumplen funciones que no le son propias: la relación estructura-función se rompe en unos seres humanos que, transgrediendo las leyes naturales se alejan del ideal humano. Tampoco puede olvidarse que esta «teratología sexual», tan explícitamente expresada y, obviamente, más simbólica que real, mantiene un paralelismo evidente con la «teratología experimental» que a partir de los trabajos de Étienne Geoffroy Saint-Hilaire procederá a la manipulación de embriones de animales y la subsiguiente creación de «monstruos», en el afán de la ciencia ilustrada por conocer y dominar la naturaleza. Un ejemplo más de la utilización de metáforas biológicas para explicar el comportamiento de los individuos y de sus relaciones sociales e interpersonales (29).

- *El cuerpo de la mujer*

Es sabido que la psiquiatría y la psicología han jugado un papel histórico crucial al proporcionar una justificación intelectual de la subordinación femenina (30), y que en la literatura psiquiátrica de los dos últimos siglos pueden encontrarse multitud de ejemplos que avalan dicha afirmación. Como han indicado Isabel Jimenez Lucena y M^a José Ruiz Somavilla, «la ciencia médica ha sido, a lo largo de la historia, una poderosa fuente de ideología sexista» (31); entre otras cosas, porque el patrón de normalidad definido por la medicina ha estado tradicionalmente asociado a lo masculino: «el varón es la pauta del cuerpo sano, desde la cual se mide el sexo femenino» (32). Las premisas ideológicas de la «patología propia de la mujer» se fundan en que el sexo y la reproducción son factores claves para la naturaleza de la mujer pero no para la del hombre, de modo que se espera que la pubertad, el parto o la menopausia afecten tanto el cuerpo como la mente de la mujer de formas no vistas en el varón (33).

En la producción psiquiátrica española de finales del siglo XIX y de comienzos del XX, aparecen alusiones muy diversas a los trastornos mentales «propios» de las mujeres, llegándose a establecer, como en otros contextos geográficos y socio-culturales, una íntima relación entre «política de género» y medicina mental (31,34,35). Se hace hincapié en la mayor «susceptibilidad de la mujer para enfermar de enajenación mental», argumentando la relación entre sistema nervioso y aparato genital de la mujer y marcando el acento en la fisiología «femenina» como causa «intrínseca» de determinados desarreglos mentales. Está ampliamente documentado que la mens-

truación fue relacionada frecuentemente con muy diversos trastornos orgánicos (36). La psiquiatría no fue, lógicamente, una excepción, existiendo un gran consenso en que «la locura más frecuentemente producida por la menstruación es la manía aguda» (37). En palabras de Esquerdo: «el flujo menstrual suele refluir sobre la razón humana, inundándola y socavándola» (38).

Otros momentos de la vida sexual de la mujer fueron objeto de la preocupación del alienista. Es interesante constatar el debate que, en el seno del alienismo europeo, venía desarrollándose en torno a la consideración de la locura puerperal (*folie puerpérale*) como una entidad nosológica específica⁴. El *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices* de Louis Victor Marcé (1828-1864), publicado en 1858, constituyó una de las obras de referencia fundamentales para toda la segunda mitad del siglo XIX (39); sin embargo, en el último tercio del mismo, esta «locura puerperal» fue sometida a una amplia revisión que trajo consigo el cuestionamiento de la misma como una entidad nosológica distinta de las demás vesanias.

Es evidente que independientemente de que se aceptara la existencia de una locura específica de las mujeres embarazadas, lo cierto es que nunca se llegó a poner en tela de juicio que los fenómenos fisiológicos de la mujer, como la menstruación, la gestación, el puerperio/lactancia o la menopausia podían desencadenar trastornos mentales más o menos graves cuando el temperamento de la mujer estaba «predispuesto». Esta relación es consecuencia, como bien puede observarse en el texto precedente de Esquerdo, de la asimilación por parte de los alienistas de las teorías médicas que explicaban determinadas patologías femeninas: Las teorías reflexógenas habían establecido una estrecha conexión entre la fisiología y la patología de los órganos genitales y el sistema nervioso femeninos, que estaba cumpliendo una función social, al legitimar las condiciones de desigualdad entre hombres y mujeres (31,40,41).

■ CUERPO SENTIDO

Pongámonos ahora, según la propuesta inicial, en la segunda perspectiva: el cuerpo sentido. ¿Qué percepción tenemos cada uno de nuestro propio cuerpo? Aquí las respuestas pueden ser muy diversas: a un nivel estrictamente personal, cada uno es consciente de su propio cuerpo cuando lo percibe cenestésicamente o cuando lo ve o lo toca, pero cuando uno se «ve» una mano, por ejemplo, ésta no es ya un simple objeto –no es la mano del otro–, sino que a través de sensaciones propioceptivas y kinestésicas, en la percepción de la mano propia hay un profundo sentimiento subjetivo.

Pero, tal como nos explica Laín, hay otras formas de «sentir» el cuerpo: mi cuerpo como «ser-en-el-mundo», que diría Gabriel Marcel, o el «cuerpo-para-mi» y el

«cuerpo-para-el-otro», si consideramos el empeño ontológico de J.P. Sartre en la búsqueda filosófica de la intersubjetividad. Los filósofos, en efecto, han intentado dar respuestas al problema del cuerpo que los médicos no se han planteado, ni tienen por qué hacerlo (4). No voy a insistir sobre ello pero lo que me interesa destacar aquí es que el «cuerpo sentido» puede tener muchas lecturas, desde la filosófica, más o menos existencialista, hasta la meramente personal: sentirse bien o mal, estar alegre o melancólico, tener cefalea, gastralgia o el «silencio visceral» que los antiguos semiólogos asimilaban con una cierta salud orgánica.

Ahora bien: ¿cómo siente su cuerpo el paciente? Es evidente que en el ámbito clínico, la información que el propio paciente suministra sobre su propio cuerpo es fundamental tanto en la anamnesis, como en el resto del acto terapéutico. En Medicina Interna, lo que nos cuenta el paciente acerca de sí mismo será inmediatamente contrastado con una exploración física minuciosa y con unas pruebas complementarias que confirmarán o harán dudar al clínico de sus primeras impresiones. Con frecuencia se ha diferenciado, en este sentido, entre la dolencia narrada por el paciente (*illnes*) y la enfermedad que finalmente se le diagnostica (*disease*).

Sin embargo, en la práctica psiquiátrica y/o psicoanalítica estos desajustes están mucho más difuminados. El profesional debe aspirar a una reflexión comprensiva de la subjetividad del paciente, de modo que sus comportamientos y actitudes y, de manera particular, su expresión verbal –su lenguaje– ofrecerá datos preciosos sobre el sentimiento de su propia identidad. ¿Cómo vive y siente su cuerpo un bulímico, una anoréxica, un psicótico, etc.? Este va a ser el objeto de las mesas que se van a celebrar en estas Jornadas, de manera que no voy a insistir sobre ello, pero permítanme que haga un par de apuntes para ir concluyendo. Apuntes, convertidos en preguntas abiertas que formularé más que desde una perspectiva clínica –no es esa mi función–, desde una inquietud más antropológica. Son preguntas similares a las que, una vez más, Pedro Laín se hacía en su obra de 1989 (4), *El cuerpo humano. Teoría actual*, aunque las posibles respuestas o reflexiones ante ellas difieran, en buena medida, de las del maestro desaparecido.

En primer lugar: ¿quién soy? La conciencia de la propia identidad se adquiere paulatinamente durante los primeros años de vida, porque el cuerpo del niño va madurando, pero también porque va aprendiendo muchas cosas que le permiten diferenciarse de los demás como individuo e identificarse consigo mismo y con la familia o grupo humano al que pertenezca. Esta conciencia de la propia identidad puede perderse en situaciones patológicas. Cuando un paciente presenta un cuadro de «despersonalización» no es el mismo que era, es otro y no lo sabe. Cabría preguntarse: ¿hasta qué punto la despersonalización conduce a la aparición de «otra persona»? ¿en qué medida la realidad personal del sujeto «despersonalizado» es «otra»? Stevenson, en su *Dr. Jekyll y Mr. Hyde* nos mostró un desdoblamiento de la «persona», no de la «personalidad». La metáfora de la obra literaria es evidente y excesiva, pero

este tipo de cuadros han sido descritos en las llamadas «personalidades múltiples» – el estrangulador de Boston es un buen ejemplo-, que han servido para ilustrar hasta la saciedad a diversos asesinos en serie en novelas o en películas de serie B. ¿un solo cuerpo para varias personas? ¿una sola persona que no se reconoce?

En segundo lugar: ¿sigo siendo el mismo? A lo largo de la vida de un individuo, y por razones no necesariamente patológicas, su personalidad puede cambiar de manera más o menos explosiva: las conversiones religiosas o ideológicas son un claro ejemplo de cómo una misma persona cambia de manera de pensar, pero también de «sentirse» a sí mismo. Las crisis biográficas, bien las que tienen que ver con la edad –la adolescencia, el climaterio, la crisis de los cuarenta, de los cincuenta, etc.-, o con otras circunstancias –tener un hijo, cambiar de barrio, de ciudad o de trabajo, dejar de tenerlo, sobrevivir a una grave enfermedad, etc.- suponen cambios en la percepción corporal que en buena medida modulan y matizan la personalidad del sujeto.

Y, finalmente, yo soy yo y ¿qué más? Nada más lejos de mi intención que introducir aquí elementos espirituales o espiritualistas, como harían los autores creyentes, pero creo que merece la pena señalar el peso de los «condicionantes sociales» y de la «conciencia moral» del ser humano, en la medida en que ésta aparece íntimamente relacionada con el sentimiento de la propia identidad.

Charles Blondel, partiendo en muy buena medida de Durkheim, explica en *La conscience morbide* (1914) que «...hay una parte de nosotros mismos que no depende directamente del factor orgánico: es todo aquello que, en nosotros representa la sociedad. Las ideas generales que la religión o la ciencia imprimen en nuestros espíritus, las operaciones mentales que implican dichas ideas, las creencias y los sentimientos que se encuentran en la base de nuestra vida moral, todas esas formas superiores de la actividad psíquica que la sociedad despierta y desarrolla en nosotros no van a remolque del cuerpo, como sucede, por ejemplo, con nuestras sensaciones y nuestros estados cenestésicos. Lo que ocurre es que (...) el mundo de las representaciones en el que se desarrolla la vida social, lejos de derivarse de él, se superpone a su substrato mental» (42).

Así pues, no es el cuerpo el que impone su ley a la conciencia, sino que es la sociedad la que, por medio del lenguaje, rige la conciencia e imprime su ley al cuerpo. La conciencia mórbida sería, para Blondel, una conciencia sumida en lo individual cenestésico, en los dominios de lo no verbal y lo preverbal (43,44). En definitiva una hipertrofia patológica de la cenestesia daría lugar a una transformación morbosa de la conciencia en la que el individuo, carente de lenguaje, permanecería totalmente ajeno a lo colectivo.

De este modo, vemos cómo el interés se va desplazando del cuerpo entendido según la anatomía y la fisiología -como «productor» de informaciones internas destinadas a ser filtradas por el lenguaje-, al cuerpo entendido según la sociedad, como «ejecutor» de mensajes portadores de significado, según el código y las reglas de la colectividad.

Ahora bien, en un sentido un poco distinto, el sentimiento de culpa, por ejemplo, en cualquiera de sus manifestaciones, supone una cierta vulneración de lo que uno es o pretende ser. Obviamente, el equilibrio entre la capacidad de transgresión y los mecanismos psicológicos de represión resulta muy variable dependiendo de la cultura o del momento histórico que consideremos (de las reglas colectivas, en definitiva): la locura moral (la *moral insanity* de los autores sajones), fue acuñada en el siglo XIX como una categoría diagnóstica cuando el paciente no presentaba alteración alguna ni de la inteligencia, ni de la voluntad. Se trataba en un «desorden cuyos síntomas sólo se muestran en el estado de los sentimientos, afectos, humor y en los hábitos y conductas del sujeto, o en el ejercicio de aquellas facultades mentales que se denominan los poderes activos y morales de la mente» (45); psicológicamente, la locura moral se caracterizaba por un predominio ilimitado del egoísmo y éticamente, por una deficiencia manifiesta del sentido del deber (46). En tales individuos no podía «verse» ninguna alteración física que explicara su comportamiento antisocial, pero podía «sentirse» su amenaza: así se etiquetó y medicalizó a delincuentes, prostitutas, vagabundos, alcohólicos y drogadictos, disidentes políticos y un largo etcétera de individuos o de grupos que no respondían a las normas establecidas por el gran «cuerpo» social. Pienso que en el momento actual pueden encontrarse los mismos o parecidos ejemplos de este tipo de situación. Y ¿qué decir del terrorista, del torturador, del general fascista, ...del que aprieta el botón y del que ordena hacerlo, ...del que ataca, del que escapa, del que se arriesga, del que no lo hace, ...? ¿cómo sienten su cuerpo? ¿cómo sienten el cuerpo del otro?, ¿de qué manera actúan sus neurotransmisores? ¿de qué manera actúa su miedo, su dolor o su voluntad?

Y una última reflexión en relación a lo que ese cuerpo social es capaz de aceptar o no y que tiene que ver directamente como el sentimiento de la propia corporalidad. Es evidente que las prescripciones sociales no sólo imponen el lenguaje, sino también las manifestaciones corporales de carácter no verbal (47,48), y, en este sentido, no cabe duda que el ámbito de la transgresión se ha ampliado paralelamente al desarrollo de una «cultura del cuerpo» que, en las últimas décadas aparece como un mecanismo de dominación ideológica sin precedentes. En una sociedad como la nuestra, tan meritocrática como injusta, la «buena imagen» es asimilada con la belleza, la salud y el triunfo individual. Buena imagen (peso adecuado, olor agradable, piel suave, pelo arreglado, elegancia en el vestir, etc.) y buenos modales (urbanidad, corrección en las maneras, expresiones políticamente correctas) contribuyen a un narcisismo post-industrial y post-moderno sobre el que deberíamos reflexionar (49). La corporalidad aparece como un soporte de actitudes y capacidades personales en el marco de un pensamiento hegemónico que tiene el monopolio de establecer cuales son los límites del «cuerpo normal», las normas de «conformidad somática» que deben regir el mercado y que han de seguir los ciudadanos y las ciudadanas.

Se trata, sin duda, de un narcisismo enfermizo que genera, a su vez, formas distintas –y un tanto disociadas– de «sentir el cuerpo» y, llevadas al extremo, nuevas patologías individuales y colectivas: ¿La postmodernidad conlleva la pérdida de la subjetividad?; ¿nos conduce hacia la perversión o, más bien, hacia la psicosis?. Creo que son interrogantes ante los que los profesionales de la salud mental tienen retos y responsabilidades inmediatas.

■ NOTAS

1. Utilizo el concepto de «signo físico» en el sentido de Laín, esto es: «cualquier dato de la observación sensorial que permita al clínico obtener, con bien fundada pretensión de certidumbre, una imagen parcial del estado anatómico en que se encuentra el cuerpo enfermo en el momento de la exploración». [Laín Entralgo, P. *La historia clínica. Historia y teoría del relato patobiográfico*, Madrid, CSIC, 1950, p. 296.].
2. El trabajo fue publicado por primera vez en los números 7 al 12 de *Archives de Neurologie* en 1882 y reeditado un año más tarde en el *Progrès Médical*. El texto consultado es el de la edición de la colección *Insania* de Ed. Frénésie, 1987; con presentación de Gérard Bonnet. Existe una reciente edición en castellano en Charcot, J.M. y Magnan, V. / Binet, A. *Perversiones*, Jaén, del lunar 2002.
3. Los casos clínicos de las histéricas e histéricos presentados por Charcot en la Salpêtrière están recogidos en *Leçons du mardi à la Salpêtrière. Policlinique 1887-1888 y 1888-1889*, publicados por Progrès médical/Delahaye et Lecrosnier en 1888 y 1889 respectivamente. Una selección de los mismos puede encontrarse en Charcot, J.M. *Histeria. Lecciones del martes*, Jaén, del lunar. 2003; con introducción, traducción y edición de Angel Cagigas.
4. En el término «folie puerpérale» incluía tres categorías: «folie des femmes enceintes», «folie des nouvelles accouchées» y «folie des nourrices», según propuesta de L.V. Marcé, aceptada por autores posteriores.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Peset, J.L. «Historia del cuerpo, historia de la mente», En Lafuente, A. y Saldaña, J.J. (coord.), *Historia de las ciencias*, Madrid, CSIC, 1987, pp. 87-94.
2. Starobinsky, J. «Historia natural y literaria de las sensaciones corporales», En Feher, M. et al (ed.), *Fragmentos para una historia del cuerpo humano*, 2ª Parte, Madrid, Taurus, 1991, pp. 351-405.
3. Senté, R. *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*, Madrid, Alianza, 1997.
4. Laín Entralgo, P. *El cuerpo humano. Teoría actual*, Madrid, Espasa-Calpe, 1989.



5. Huertas, R. *Clasificar y educar. Historia Natural y Social de la deficiencia mental*, Madrid, CSIC, 1998.
6. Campos, R., Martínez, J. y Huertas, R. *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*, Madrid, CSIC, 2000.
7. Brown, E.M. «French Psychiatry's Initial Reception of Bayle's Discovery of General Paresis of the Insane», *Bulletin of the History of Medicine*, 1994, 68, pp. 235-253.
8. Villasante, O. «La introducción del concepto de Parálisis General Progresiva en la psiquiatría española decimonónica», *Asclepio*, 2000, 52 (1), pp. 53-72.
9. Bujosa, F. *La afasia y la polarización ideológica en torno al sistema nervioso central en la primera mitad del siglo XIX*, Valencia, Universidad de Valencia, 1983.
10. Álvarez, J.M. y Estévez, F. «Las alucinaciones: historia y clínica», *Frenia*, 2001, 1 (1), pp. 65-96. (11) Lanteri-Laura, G. *Les hallucinations*, Paris, Masson, 1991.
12. Laín Entralgo, P. *La historia clínica. Historia y teoría del relato patobiográfico*, Madrid, CSIC, 1950.
13. Huertas, R. «L'alienismo e la mentalita anatomoclinica: l'opera di J.E.D. Esquirol», *Medicina nei secoli*, 1996, 8, pp. 367-38.
14. Huertas, R. «Entre la doctrina y la clínica: la nosografía de J.E.D. Esquirol (1772-1840)», *Cronos*, 1999, 2 (1), pp. 47-66.
15. Azoivi, F. «Des sensations internes aux hallucinations corporelles: de Cabanis a Lélut», *Revue Internationale d'Histoire de la Psychiatrie*, 1984, 2, pp. 5-19.
16. Cabanis, P.J.G. *Rapport du physique et du moral*, Paris, 1802.
17. Staum, M.S. *Cabanis enlightenment and medical philosophy in the French Revolution*, Princeton, 1980.
18. Arquiola, E. y Montiel, L. *La corona de las ciencias naturales. La medicina en el tránsito del siglo XVIII al XIX*, Madrid, CSIC, 1993.
19. Esquirol, J.E.D. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico.légal*, Paris, Chez-Baillièrre, 1838.
20. Bichat, X. *Anatomie Générale*, Paris, 1801.
21. Pinel, Ph., *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentales, ou la manie*, Paris, Chez Richard, Caille et Ranvier, an IX-1801.
22. Esquirol, J.E.D. *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, Paris, 1805.
23. Lanteri-Laura, G. *Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale*, Paris, Masson, 1979.
24. Charcot, J.M. y Magnan, V. / Binet, A. *Perversiones*, Jaén, del lunar 2002.
25. Lasègue, Ch. «Les exhibicionistes», *L'Union Médicale*, 1877, 5, pp. 710-714.
26. Lanteri-Laura, G. y Pistiola, L. «Le perversioni sessuali: un modello della loro riduzione psichiatrica del pensiero di V. Magnan», *Sistema Nervioso*, 1970, 22, pp. 26-51.

27. Charcot, J.M. *Histeria. Lecciones del martes*, Jaén, del lunar. 2003. Introducción, traducción y edición de Angel Cagigas.
28. Garnier, P. *Anomalies sexuelles*, Paris, 1889, p. 520.
29. Huertas, R. «El concepto de 'perversión' sexual en la medicina positivista», *Asclepio*, 1990, 42 (2), pp. 89-100.
30. Tomes, N. «Feminist Histories of Psychiatry». En Micale, M.S. y Porter, R. (eds.), *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 1994, pp. 348-383.
31. Jiménez Lucena, I. y Ruiz Somavilla, M.J. «La política de género y la psiquiatría española de principios del siglo XX». En Barral, M.J., Magallón, C., Miqueo, C. y Sánchez, M.D. (eds.), *Interacciones ciencia y género*, Barcelona, Icaria, 1999, pp. 185-206, p.186.
32. Jagoe, C., Blanco, A. y Enriquez de Salamanca, C. *La mujer en los discursos de género*, Barcelona, Icaria, 1998.
33. Moscucci, O. *The Science of Woman: Gynaecology and Gender in England, 1800-1921*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
34. Jiménez Lucena, I. y Ruiz Somavilla, M.J. «El discurso de género en los órganos de expresión de la psiquiatría española del cambio de siglo». En VV.AA. *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, 1997, pp. 267-280.
35. Diéguez, A. «Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1999, 19, 637-652.
36. Ruiz Somavilla, M.J. «La legitimación de la ideología a través de la ciencia: la salud y la enfermedad de la mujer en *El Siglo Médico*». En Canterla, C. (coord.), *De la Ilustración al Romanticismo. La mujer en los siglos XVIII y XIX*, Cádiz, Universidad de Cádiz, 1994, pp. 105-106.
37. Etchepare, B. «La influencia de la menstruación sobre la alienación mental», *Revista Frenopática Española*, 1905, 3, 224-227.
38. Esquerdo, J.M. «Conferencias sobre enfermedades mentales», *El Anfiteatro Anatómico Español*, 1878, 6, pp. 77; 91-92; 103-104; 117; 148-149; 164-165; 175-176; 191-192; 202-203; 209-210.
39. Voisin, A. *Leçon cliniques sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses professées a la Salpêtrière*, París, J.B. Baillièere et fils, 1883.
40. Smith-Rosenberg, C. y Rosenberg, C. «El animal hembra: puntos de vista médicos y biológicos sobre la mujer y su función en la América del siglo XIX». En Nash, M. (ed.), *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*, Barcelona, Serbal, 1984, pp. 341-371.
41. Ruiz Somavilla, J.M. y Jimenez Lucena, I., «La construcción de la patología femenina en la España contemporánea». En Ramos, M.D. (coord.), *Femenino plural. Palabra y memoria de mujeres*, Málaga, Universidad de Málaga, 1994, pp. 235-250.

42. Blondel, CH. *La conscience morbide. Essai de psychopathologie général*, Paris, Alcan, 1914.
43. Álvarez, J.M. «Un apunte a *La conscience morbide* de Charles Blondel», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1997, 17 (63), pp. 466-477.
44. Fuentenebro, F. y Berrios, G. (1997), «Charles Blondel and *La Conscience morbide*», *History of Psychiatry*, 1997, 8, pp. 277-295.
45. Prichard, J.C. *On the different forms of insanity, in relation to jurisprudence*, Londres, 1842.
46. Augstein, H.F. «J.C. Prichard's concept of Moral Insanity. A medical theory of the corruption of human nature», *Medical History*, 1996, 40, pp. 311-343.
47. Polhemus, T. (ed.). *Social Aspect of the Human Body*, Londres, Peguin, 1978.
48. Benthall, J. y Polhemus, T. (ed.). *The Body as a Medium of Expression*, Peguin, 1975.
49. Véase Varela, J. y Alvarez-Uría, F. *Sujetos frágiles. Ensayos de sociología de la desviación*, Madrid, FCE, 1989..

Rafael Huertas
Depto. Historia de la Ciencia
Instituto de Historia. CSIC.
C/. Duque de Medinaceli, 6
28014 Madrid
huertas@ih.csic.es