

46E
SL-E

J. J. LOPEZ-IBOR

PSICOGENESIS, CATAGENESIS Y ESQUEMA CORPORAL

LONGANESI & C.

SEZ. REDI
MILANO

VII

PSICOGENESIS, CATAGENESIS Y ESQUEMA CORPORAL

J. J. LOPEZ-IBOR

La expresión de « enfermedades específicamente humanas » la introdujo JORES, incluso haciéndola equivalente de « enfermedades de la civilización », equivalencia que ya no resulta tan clara. Nos encontramos con dos estratos distintos del enfermar: uno el *específicamente humano* y, otro, el que supone *la diferencia entre hombre civilizado y hombre primitivo*. No cabe duda de que la patología humana es más rica que la animal. No sólo me refiero a la presencia en el hombre de las enfermedades psíquicas, sino toda la gama del enfermar. Y si se reflexiona un momento sobre esta diferencia, claramente se verá que *el hombre enferma de otra manera que los animales*.

Lo que llamamos síntomas de las enfermedades se presentan desde dos perspectivas: una somática y otra psíquica. Constituye un gran tema de patología general ver si, además de dos perspectivas distintas — la somática y la psíquica —, existen *dos estructuras distintas*

(*) Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Madrid.

en el enfermar o cuanto hay de común en ellas. Por ejemplo, los llamados « mecanismos de defensa » de las enfermedades y su intervención en el « encronizamiento » de las mismas encierran muchas analogías en ambas estructuras. Una infección, generalizada al principio, se localiza después, y esta localización defensiva se encroniza, salvo una intervención médica o quirúrgica decisiva o, a veces, a pesar de ella. Analogamente, una crisis de angustia generalizada se localiza después en una fobia determinada; el humor delirante del esquizofrénico se concreta más tarde en una idea delirante. Siempre esta concreción, en lo psíquico, es una liberación de la amenaza pánica que se vive en la fase aguda. La localización de la infección generalizada es también un mecanismo defensivo, aunque sea insuficiente porque crea nuevos problemas como en el caso de los trastornos psíquicos. Nos hallamos, pues ante una conocida ley de patología general que *lo mismo vale para las enfermedades psíquicas que para las somáticas*.

Es evidente que los animales tienen dolor y sufrimiento, pero también lo es que estos fenómenos adquieren *una significación distinta en el hombre*. Ambos son, en el ser humano, no sólo « pathos », sino « logos ». El dolor y sufrimiento abren al hombre las puertas del conocimiento de sí mismo y del mundo que le rodea. Ya en la edad infantil se va escindiendo la trama que forma el niño con su perimundo, gracias a la experiencia dolorosa. Pero, además del dolor y del sufrimiento que produce la realidad del mundo que nos resiste y choca, existe el dolor y el sufrimiento que nos viene de nuestro mundo interno. De ahí que el esfuerzo por encontrar el « logos en el pathos » — a eso se llama patología — nos lleve de la mano a descubrir la textura humana o, mejor aun, la textura de la vida humana.

La Medicina, en cuanto ciencia natural, ha hecho grandes progresos. En el capítulo tan importante de la etiología está teniendo lugar ultimamente cierta pendulación hacia la endogeneidad, que corre paralela a ese « descubrimiento de la intimidad », que como actitud psicológica, es una de las características del mundo actual y al que dediqué un libro hace ya algunos años. Las causas externas de las enfermedades han sido tan estudiadas, que el caudal de conocimientos que se tiene ha operado cambios decisivos en su diagnóstico y tratamiento. En cambio, la penetración en la intimidad somática se muestra mucho más difícil desde el punto de vista etiopatogénico, como lo demuestran las enfermedades que podemos incluir en la rúbrica clásica de endógenas y degenerativas. La intimidad bioquímica del organismo guarda todavía grandes secretos que constituyen la gran tentación — y el gran provenir — de

la investigación actual. La esperanza de de desvelar esos secretos lleva a algunos a juzgar inadecuadamente el término de « endógeno ». Por ejemplo, los hallazgos en la etiología de la epilepsia alimentan la esperanza, y en algunos la seguridad, de que se encontrará pronto una causa de aquellos casos que provisionalmente se podrían llamar « criptogénicos » en lugar de genuinos o endógenos. Creo que es necesario no olvidar que desvelar el misterio criptogénico no quiere decir que todos los casos sean referibles a una causa externa, sino que en otros la « endogeneidad », es decir la propia naturaleza de *tal hombre*, es la determinante. Los nuevos avances en los estudios genéticos justifican este punto de vista. Claro es que la Medicina, en sus postulados científico-naturales, se adhiere a la idea del progreso indefinido; pero, aunque así sea, no cabe duda acerca del hecho de que la intimidad genética y metabólica exige nuevos esquemas de pensamiento, distintos a los que se utilizan en el estudio de las causas externas, de la misma manera que la física cuántica es « otra » que la física clásica, aunque no la invalide.

De esta perspectiva parte JORES en el planteamiento de la enfermedad en general y de las « específicamente humanas », en particular, (Distimias vegetativas, úlcera gástrica, asma, obesidad y delgadez y algunas más). El ser vivo es *potencialmente* inmortal, dice. *La muerte le llega por algo que le viene de fuera*, y ese « algo » resulta insuficiente para rellenar todo el campo etiológico, si sólo se toman en consideración las causas materiales de las enfermedades y se olvidan las causas psíquicas de las mismas. « La causa de esas enfermedades — se refiere a las que se presentan « específicamente » en el hombre — tie-

ne que hallarse en lo que diferencia al hombre del animal y, en otro sentido, en lo que diferencia al hombre que vive envuelto en un mundo mágico del hombre que alcanza nuestro grado de civilización ».

La diferencia entre hombre y animal radica, entre otras cosas, en la manera de conformar su conducta instintiva. En el animal los instintos están prefijados, mientras que en el hombre se hallan supeditados a su libertad personal, es decir, que él decide a cuáles da rienda suelta y en qué forma y a cuáles renuncia. Todo este sistema complejo de aceptaciones y renunciaciones se elabora a lo largo de la vida, pero de una manera muy especial durante la niñez. Por esas razones y por esos entrecruzamientos entre los impulsos naturales y las presiones culturales, los primeros años de la vida del hombre resultan decisivos en la configuración ulterior de la misma. Un hombre frustrado es aquel que no puede realizar sus posibilidades. Las investigaciones de la psicología profunda demuestran que las enfermedades se presentan, precisamente, en el momento de la vida en que se fracasa o se es incapaz de tomar una decisión (v. WEIZSACKER). Entonces empieza la enfermedad y tras de la enfermedad está la muerte. La enfermedad es la renuncia a vivir. Lo mismo ocurre en los animales, sólo que en ellos las limitaciones de la vida dependen únicamente de las circunstancias externas, ya que desde el punto de vista del desarrollo interno su vida instintiva está siempre asegurada. El hombre, por el contrario, puede limitarse desde su intimidad impidiendo el desarrollo de su vida, y entonces, enferma y muere, *puesto que su vida carece de sentido*.

Así llega JORES a la conclusión de que

la causa de las enfermedades específicamente humanas se halla en dos factores: uno consistente en el desarrollo deficitario de las propias capacidades o posibilidades de cada hombre, y otro, el de la progresiva cautividad del yo. De este modo quedan trazados también los dos caminos para su curación, y según el citado autor tal curación no puede asegurarse sólo mediante la farmacología o los otros tratamientos de raíz científico-natural. La enfermedad se convierte en una señal que indica que el hombre está a punto de fracasar en la realización de su proyecto vital.

Estos puntos de vista han ejercido un cierto impacto en la Medicina actual. Las « enfermedades específicamente humanas » son las que forman el cogollo de la medicina psicosomática; pero ésta, tal como yo la entiendo, no debe limitarse a esos círculos morbosos, sino que debe tratar de descubrir *lo humano en cada enfermo* y la estructura que esta dimensión de la condición humana toma en cada enfermedad. Este es el consabido proceso de *psicologización de la medicina*, que no puede reducirse hoy al recuerdo del « ojo clínico » o a la tan manoseada « relación médico-enfermo ». Estos hechos son postulados que la Medicina actual no debe aceptar a ciegas, sino tratar de desentrañar su estructura íntima. Elevarlo, en fin, a la categoría de conocimientos científicos, aunque no puedan subsumirse en los esquemas que rigen los hallazgos y las investigaciones de tipo científico-natural, sino en aquellos otros que aspiran a descubrir las dimensiones y estructuras de una *antropología médica*.

Qué podemos pensar de estos puntos de vista de JORES? A mi modo de ver, resulta cierto que esas enfermedades específicamente humanas tienen algo de

peculiar que las diferencia de las puras enfermedades somáticas y aun de las psicosis, especialmente las orgánicas. Las neurosis tienen una amplia zona de confluencia con ellas. Basta pensar, por ejemplo, en las dificultades de obtener una úlcera experimental en un perro por acción directa sobre la mucosa gástrica y la facilidad — o menos dificultad — con que se obtiene sometiendo a todo animal a un « stress ». Pero las diferencias entre el enfermar en los pueblos primitivos y los civilizados no son tan claras. A los psiquiatras nos pone en una actitud especialmente recelosa, lo que podría llamarse « el error Kraepelin ». Pensando este gran psiquiatra que los estudios de psiquiatría comparada — « psiquiatría transcultural » se llama ahora — proporcionarían importantes conocimientos sobre la manera de constituirse las enfermedades mentales, organizó una excursión a Java. Como resultado de la misma señaló que la frecuencia de la parálisis general era inferior entre los primitivos que entre los pueblos civilizados. Reavivó así el esquema de otros autores que engarzaban « sifilización » con « degeneración ». MOREL, MOEBIUS y tantos otros eran paladines de esta idea de la « degeneración » en la génesis de muchas enfermedades humanas. La teoría aludía a una degeneración de la especie. Hoy no se usa la palabra « degeneración » con idéntico sentido. BERINGER, poco años después, demostró que la frecuencia de la parálisis general era la misma en los pueblos primitivos que en los civilizados, hecho que a KRAEPELIN le había pasado inadvertido por insuficiente información en su viaje.

Ahora mismo se realizan estudios no sólo con respecto al binomio « pueblo primitivo-pueblo civilizado », sino al po-

linomio que forman las diversas capas sociales en un mismo país. A ello han dado pie numerosas investigaciones como las de HOLLINGSHEAD y REDLICH a propósito de las neurosis y de la esquizofrenia, afirmando que su frecuencia es distinta según las clases económico-sociales, siendo más frecuente la esquizofrenia en las inferiores y las neurosis en las superiores. Este estudio ha sido realizado en la Universidad de Yale. Pero no es seguro que esto sea así y que no haya factores de error en tales conclusiones. DUNHAM, por ejemplo, sostiene que no hay tales relaciones — que pueden llamarse sociógenas — en esta distribución por clases, sino que en todo caso la influencia social es indirecta. En una sociedad tan móvil como la americana, el esquizofrénico no posee las dotes suficientes para ascender a las clases superiores. Ya la experiencia europea había demostrado hace años, que en este punto había una diferencia entre las familias de los esquizofrénicos y la de los depresivos.

Incluso se duda sobre la realidad de la llamada « enfermedad de los dirigentes » (« Managerdisease ») aunque tantos datos hablen en favor de su presencia. PFLANZ, que se ha dedicado con ahínco y rigor estadístico a estudios de sociología médica, muestra un gran escepticismo en cuanto a esa pretendida disminución de las enfermedades psicósomáticas según las diversas capas sociales. La comparación estadística entre consultantes de un ambulatorio hospitalario de beneficencia y en otro privado, durante muchos años, también ha hecho surgir en mí el mismo escepticismo. La verdad es que se necesita estudiar el problema más rigurosamente para decidir la cuestión.

En cuanto a pensar que cada vida in-

dividual es en sí eterna y que la muerte sólo viene de fuera, es algo también muy discutible. Es *un postulado*. La ciencia necesita de postulados, pero su carácter de evidencia no aparece en todos con la misma claridad. El que los hombres sean mortales es una realidad. El que esa realidad vaya únicamente ligada al hecho mismo de vivir y no algo que viene de fuera podrá aceptarse o no. El hecho es que la curva de la vida, tanto biológica como psicológica, habla en favor de ello (fases de nacimiento, crecimiento, madurez, vejez y muerte). La interpretación de las curvas de mortalidad, de acuerdo con el progreso de la Medicina parecen, a veces, alentar la esperanza de una duración infinita de la vida humana en el futuro: pero estas curvas toman un carácter asintótico innegable. La vida, como fenómeno, parece llevar implícito el hecho de su fin, como si la vida no pudiera definirse sin la presencia de la muerte. FREUD pensaba en el instinto tánático que estaba alojado en el ser humano en extraña y fecunda convivencia con la libido. Pero dejemos de lado ahora esta meta-psicología y esta meta-biología, porque exigirían muchas páginas para exponer el problema en su integridad. Lo cierto es que no resulta evidente que la causa de la muerte sea siempre algo extraño al organismo y, sobre todo, que sea lícito pensar en su desaparición total gracias a los avances científicos. La estadística termina en la «muerte propia» de la que hablaba RILKE.

Recuerdo la visita a España de v. WEIZSACKER y mis conversaciones con él. Con cierta ironía decí que él no podía estar enfermo porque el continuo esfuerzo de autocomprensión de su vida se lo impedía. Sufría, por entonces, de

unos vértigos de cuya dinámica psicológica daba cumplida cuenta. Con todo el respeto que él se merecía y yo le tenía, me atreví a proponerle otra interpretación de su padecimiento. Alguna vez publicaré con detalle esta anéctoda de uno de los médicos más geniales que he conocido. Para él, las enfermedades corporales no eran más que «materialización» de conflictos psíquicos. Así lo ha dejado escrito en numerosos de sus libros. Su esquema se ve claro cuando, exponiendo las anginas psicógenas y reconociendo la coexistencia de conflicto e infección en su determinismo, decía que lo importante era saber quién comenzó primero, si los gérmenes a activarse o el organismo a entregarse frente a un conflicto para el que *aquel* sujeto no encontraba otra solución. Si FREUD sólo timidamente dio los pasos necesarios para incluir en su sistema psicogenético a las psicosis, otros han dado después grandes zancadas para incluir las psicosis y también las enfermedades psicósomáticas, las específicamente humanas y otras puramente somáticas en el reino etiológico de la psicogénesis. Hasta existen un montón de publicaciones sobre la psicogénesis del cáncer.

Nadie puede negar la intervención de factores psicológicos en cualquier enfermedad, ni tampoco que éstos sean más visibles en las llamadas específicamente humanas. La dificultad se halla el poner en claro en qué consiste esa relación y *ese paso de lo biológico a lo biográfico*. En las neurosis, en las que opera la «reacción de conversión» — que son las menos —, el mecanismo parece claro y la ecuación «trauma-síntoma somático» se hace muy visible. Así surge la gran cuestión *del sentido de la enfermedad*. El trastorno somático, se dice, tiene una relación genética con el

trauma porque es *significativo*. Este esquema de la relación significativa se traslada a las demás enfermedades por un lado, y, por otro, la dimensión etiológica no se reduce a un solo trauma, sino a toda la vida anterior, como sucesión de acontecimientos traumatizantes, es decir, *como biografía conflictiva*. Las neurosis mismas ya no son, siguiendo este modo de pensar, elaboraciones vivenciales anormales, *sino frustraciones vitales*. No se puede negar que las enfermedades somáticas también son frustraciones vitales y que una vida puede cambiar su proyecto después de una enfermedad, pero en todas esta línea de pensamiento que vengo exponiendo, se afirma que la crisis biográfica no es *secuela*, sino *causa* de enfermedad.

La enfermedad psíquica, somática o psicósomática, entendida como frustración, nos explica el incremento de la unión subterránea que en el mundo se establece entre enfermedad y culpabilidad. Frente a la tendencia *objetivante* de la medicina como ciencia natural, aparece la tendencia *subjetivante* de la enfermedad como culpa. Las depresiones constituyen uno de los grandes arquetipos morbosos. Allí aparecen, como dice K. SCHNEIDER, las tres angustias radicales del hombre: la de la pobreza, la de la quiebra corporal (hipocondria) y la de la falta espiritual en forma de vivencia de culpabilidad.

Las enfermedades específicamente humanas parecen más ligadas al estilo de vida contemporáneo que las otras. La palabra « stress » es una palabra clave en la interpretación de nuevas situaciones patológicas. Se acepta, casi sin discusión, que est patología crece y se la pone en relación con el tipo de vida actual. Recuerdo que el profesor KATZ me dijo al comienzo de la última guerra

que entonces no se veían histéricos en las clínicas, sino ulcerosos de estómago. La enfermedad de los « manager » o la fatiga nerviosa están a la orden del día. La correlación entre esta nueva patología y el progreso del hombre parece claro a muchos autores y también al hombre de la calle. Si el progreso humano supone una mayor amplitud de la conciencia histórica, el progreso de cada hombre, en su entraña más íntima y personal, supone un progreso en el « darse cuenta » (en su concienciación o, como dicen los anglosajones, « insight ») de los conflictos y de los problemas que le acechan. La disminución de las enfermedades infecciosas y otras análogas de un lado y el aumento de los trastornos psicósomáticos de otro, demuestra que hay una correlación a establecer entre las enfermedades más específicamente humanas — incluyamos también a las neurosis — y el estilo de vida del hombre de Occidente. Antes he hablado de « logos » y de « pathos ». Esta *psicologización del modo de enfermar pertenece al « logos » de la patología actual*.

Pero aunque en todas estas y análogas afirmaciones haya parte de verdad, creo que es nuestro deber de científicos tratar de asir esa parte lo más solidamente posible, liberándola del magma de errores que la amenazan. Porque esa relación entre enfermedad y sentido de la vida, si se establece demasiado simplemente, lleva a la afirmación de MULLER-ECKARDT de la provocación de una enfermedad mental por « no poder estar enfermo », es decir, no poder padecer una enfermedad somática. Las entrañas del problema nos la muestra la propia experiencia psicoanalítica. ASHLEY, el moderador del Simposio Hahneman, le pregunta a BRODY si, por su propia

experiencia o por las estadísticas que conoce, puede asegurar la utilidad del psicoanálisis en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos. BRODY alega que no puede responder estadísticamente, pero sí citar algunos ejemplos de su propia experiencia: un paciente que con frecuencia se resfriaba antes, desde que está en análisis ya no se resfría. Desgraciadamente en mi propia experiencia — agrega este autor —, y ésta es la de la mayoría de los analistas, cuando intento explicar porqué ocurren estas cosas tengo que contestar: no hay explicación posible. Naturalmente — agregaría por mi parte —, ya que un caso así tiene *otras muchas* explicaciones posibles.

La misma opinión expresa GITTELSON — también psicoanalista — en una conferencia que dio en la Clínica Menninger no hace mucho. Lo cual decir que la *relación entre enfermedad y sentido de la vida* no es tan significativa como se pretende partiendo de la psicogénesis hipertrofiada y fantaseada de estos trastornos. Eso no quiere decir que una enfermedad de cualquier clase no sea una *crisis biográfica*, sobre todo las enfermedades graves. El proyecto vital cambia; valores que se hallaban latentes surgen a un primer plano, y viceversa. La enfermedad es acontecimiento biográfico, pero tal hecho no autoriza a concluir que la enfermedad se presente como una secuela de una vivencia aislada o de una cadena de ella que resultan traumatizantes. Aquí se halla el error de estas direcciones antropológico-médicas. En mi libro *Las neurosis como enfermedades del ánimo* he sostenido la tesis de que eso no ocurre ni siquiera en las neurosis, aun en aquellas en las que con más claridad aparece el trauma como determinante. Después de la

guerra española todos pudimos ver que muchos pacientes con enfermedad de Parkinson decían que habían comenzado a temblar a raíz de un bombardeo o de otro trauma emotivo análogo. Este factor *provocador* emocional se ven en la instalación de muchas enfermedades somáticas o en crisis de descompensación de las mismas; pero nunca nos atreveremos a afirmar, por ejemplo, que el Parkinson, en aquellos casos, era psicogénico.

Hace algún tiempo que para estos casos, en lugar de psicogénesis introduce el vocablo «*catagénesis*», al cual va, poco a poco, penetrando en la literatura actual (vid., por ejemplo, los recientes trabajos de SPIEGELBERG). Por ejemplo, una enferma sufre de parestesias en la mano derecha, aparecidas al coger un pasamanos al subir al tren. El viaje se debía al traslado de su marido, funcionario del cuerpo de prisiones. El traslado le favorecía administrativa y económicamente, pues era un ascenso en su carrera; pero ella no quería abandonar la ciudad donde vivían sus padres, a cuyo lado se sentía protegida. La psicogénesis de tales parestesias parecía clara. La exploración demostró que aquellas parestesias, en realidad, constituían el primer síntoma de una esclerosis en placas de forma aguda que llevó a la enferma a la muerte en unas semanas. Claro es que algunos podrán decir que el conflicto de la separación se materializó en esa esclerosis, pero esta afirmación no satisface a quien con espíritu científico busca penetrar en la génesis de las enfermedades. Aunque no se conozca la etiología de la esclerosis en placas, lo que se sabe de ella no permite incluirla en un capítulo en el cual en la literatura actual van penetrando, poco a poco, muchas enfermedades: el de la

psicogénesis. En estos casos en los que se establece *una relación de sentido entre una vivencia y un cuadro clínico*, propongo hablar de « catagénesis ». Hay una gran distancia entre este vocable y psicogénesis. En principio lo psicogénico es curable, y si no se logra es porque, en realidad, se trata de procesos catagénicos que enmascaran el cuadro. La dinámica de las neurosis está lanzada por el canal de la psicogénesis. Esa fue la línea en que la puso no sólo el pensamiento psicoanalítico, sino el fenomenológico (« neurosis como reacciones vivenciales anormales »). La realidad es que pocos casos permiten esta interpretación, y ésta y otras consideraciones son las que me han llevado a proponer una nueva concepción de las neurosis.

Lo humano en la enfermedad es una estructura compleja. Podríamos decir, aplicando al hombre la ordenación categorial de HARTMANN, que en la persona hay varios estratos como en el mundo: uno *material* que está en la base, un segundo *biológico* que se superpone, el tercero el *psicológico* y el cuarto el *personal* o *espiritual*. Los estratos superiores no pueden existir sin los inferiores, pero en el superior hay un cierto grado de libertad con respecto al inferior. No hay vida sin materia, por ejemplo, pero sus leyes son, a medida que se asciende, más autónomas. Aunque no utilicemos esta teoría más que en su valor heurístico, podríamos decir que la enfermedad se nos ofrece en esa dimensión estratificada. Por eso existen en las enfermedades alteraciones materiales en la base, disregulaciones fisiológicas o vitales en el segundo estrato, dolor y sufrimiento en el estrato psíquico y la actitud personal del enfermo en el modo como se comporta frente a la enfermedad, en el modo como la utiliza o la

vence, punto éste cuya importancia crece a medida que la medicina se socializa. Aparte de este esquema general necesitamos penetrar en las *estructuras antropológicas del enfermar*. En este trabajo, y a título de ejemplo, quiero limitarme a mostrar dos de ellas.

Examinadas las dificultades de la definición de la enfermedades mentales, K. SCHNEIDER llega a la conclusión de que las enfermedades son siempre corporales y que los demás trastornos (neurosis y enfermedades psicósomáticas) no son, en sentido estricto, enfermedades, sino anomalías psíquicas. En psiquiatría unas veces se puede hablar de enfermedades como en los trastornos ligados a una alteración somática — psicosis y, otras, de anomalías psíquicas — neurosis y personalidades anormales —. Dejando aparte este problema, y refiriéndome no sólo a las enfermedades que pertenecen al predio de la psiquiatría, sino a todas en general, es evidente que en su estructura aparece siempre el problema del cuerpo. *Al cuerpo humano vivo o animado es a lo que podemos llamar corporalidad*, para diferenciarlo del cuerpo como objeto, tal como lo estudia el anatómico. Las diferencias son tan evidentes que apenas vale la pena que me entretenga en señalarlas. Se resumen en las diferencias entre un cadáver y un cuerpo vivo.

Se repite mucho la fórmula de Gabriel MARCEL para explicar las relaciones duales que tenemos con nuestro cuerpo y que las dota de un especial matiz de ambigüedad: « Tenemos nuestro cuerpo y somos nuestro cuerpo ». La fórmula resulta ciertamente iluminadora de la situación, pero por mi parte la creo insuficiente para explicar las relaciones de nuestro cuerpo con la patología. Por eso es necesario agregarle

una tercera dimensión: *nuestro cuerpo, al mismo tiempo que nos tiene, nos sostiene*. Esta tercera dimensión nos recuerda la idea platónica del cuerpo como cárcel del alma.

Los entresijos de esta complicada estructura nos los revela la patología psicosomática. La vivencia de la corporalidad es uno de sus capítulos fundamentales. En otras publicaciones he subrayado la insuficiencia de la expresión neurológica «esquema corporal», que por su propia limitación dirige la investigación por líneas no sólo insuficientes, sino erróneas.

Las enfermedades somáticas se manifiestan por síntomas. En patología general se distingue entre «signos» y «síntomas». El signo es un hallazgo objetivo y el síntoma una experiencia subjetiva, *un modo de sufrimiento* del enfermo, tal como el dolor, el mareo, la astenia, la ansiedad, el malestar, etcétera. En el estudio de las neurosis y de los trastornos psicosomático aprendemos que tales síntomas emergen sin una referencia genética a un trastorno somático conocido; pero por ello no dejan de tener *una significación*. En las enfermedades somáticas su significado se halla en ser expresión de un órgano enfermo y en afectar a la totalidad del hombre.

Este problema de la significación es, a veces, tan enigmático y misterioso, que arranca a la enfermedad de una perspectiva puramente objetiva y, quiérase o no, *la humaniza*. En la escena se introduce la persona humana, pero este «personaje» arrastra consigo una serie de nuevos problemas. Uno consiste en *la significación de los síntomas y de la enfermedad en sí, para la vida humana*, al cual nos hemos referido antes, si bien muy someramente, en comparación con

la envergadura que tiene. Otro es *el de la significación de los síntomas como experiencia de la corporalidad*.

Examinemos ahora, aunque sea brevemente, la estructura de esa experiencia de la corporalidad. Hablando de estos problemas siempre recuerdo la propuesta que CHARCOT hizo a FREUD — que tenía muy buena formación neurológica — de estudiar las diferencias entre las parálisis orgánicas y las histéricas. La conclusión de FREUD fue que «en las parálisis histéricas, como en las anestias, es la concepción vulgar o popular de los órganos y del cuerpo en general lo que entra en juego. Esta concepción no se funda en un conocimiento profundo de la anatomía nerviosa, sino en nuestras percepciones táctiles y sobre todo visuales» (T. I. pág. 199 de la edición española). Las parálisis histéricas se muestran ignorantes de toda noción de la anatomía del sistema nervioso. Esto lo pensaba FREUD en los años 1885 y 1886. Muchos años más tarde, v. WEIZSACKER postulaba una fisiología del sistema nervioso ignorante de la anatomía.

Pero cómo se forma eso que FREUD llama «concepción vulgar de la parálisis» y, en términos generales, cómo se forma la concepción vulgar del cuerpo humano? Es evidente que hay una concepción del cuerpo elaborada como ideas o más concretamente expresada culturalmente. Lo que la medicina y los médicos van averiguando, pasa, más o menos deformado — siempre más que menos — al lenguaje popular. El enfermo se acerca al internista y le dice: «Me duele el hígado». Otros avanzan más en esta vía y le dicen que tienen «dolores de cabeza que le vienen del hígado», etc.

Creo que desde la perspectiva psico-

somática esta concepción « ideágena » no debe bastarnos. Existen *una vivencia corporal* que no es un esquema ideágeno — a eso corresponde la noción de « esquema corporal » — sino *una experiencia directa e inmediata*. Tenemos varios caminos de penetración para su estudio, pero por razones de brevedad sólo voy a elegir dos: uno es el de la hipocondría y otro el de la negación o ignorancia frente a la presencia de un trastorno corporal, fenómeno que en algunos casos neurológicos se llama *anosognosia*.

En el hipocondríaco el silencio corporal del sano se transforma en clamores vivenciales que cambian las relaciones del yo con el cuerpo. En el sano el silencio corporal no es un « cero » experiencial. En las experiencias de privación sensorial se ven cómo ese « cero experiencial » no puede apenas lograrse. El silencio corporal del sano significa *disponibilità del cuerpo* y tiene características positivas. Es como la conciencia oscura del fluir vital, sin obstáculos, esa fluencia vital que se siente como euforia, en muchas ocasiones. La vivencia del comienzo de muchas enfermedades consiste en « estar indispuerto ». En la *disponibilidad que el hombre sano tiene de su cuerpo*, aquella parte del mismo que no está en acción se percibe oscuramente como una sombra, sobre la que se diluye aquella parte del cuerpo donde la acción se condensa. Es la que está animada. Y es que el cuerpo humano animado tiene, como he dicho en otra parte, *el carácter intencional* que BRENTANO describió como característica de los hechos psíquicos es una intencionalidad de los actos humanos, y el hombre es una realidad psicofísica; por decirlo una vez más, *un cuerpo animado*.

En el hipocondríaco florece un mundo fantasmal de sensaciones. Este mundo parece grotesco, a veces, porque se combina con interpretaciones vulgares. En otros enfermos se organiza incluso un desarrollo paranoide. Dejando aparte estos casos más complejos, en el hipocondríaco más simple la vivencia es que su cuerpo no se halla ya intacto, es decir, como antes de estar sano. La palabra « hipocondría » surgió en medicina para designar las molestias sentidas en el hipocondrio. Su área significativa se ha ido extendiendo y hoy llamamos hipocondría no a unos síntomas localizados en una región corporal, sino a *una actitud*; pero esta actitud no supone — y esto es importante — un acto libre de la persona, sino una estructura vivencial que puede estar más o menos reforzada por la presión teleobúlica de la persona. Además, la expresión de la vivencia cambia según la región corporal. No es lo mismo la que se localiza en el hipocondrio que la que se localiza en el corazón o en la cabeza.

Existe una estructura de base: en todos los hipocondríacos hay la inmediata vivencia de *la menor disponibilidad corporal*. *El cuerpo ya no se tiene, sino que comienza a tener peso, a aprisionar*. Ha perdido su carácter aligero. El cuerpo animado comienza a experimentar la penetración en su mundo propio, dinámico y fluyente de la inmovilidad del mundo de las cosas, que es el eco de la inercia del cuerpo no animado, o sea de la pre-experiencia de la muerte.

Existe un síntoma bien conocido: las parestesias, cuyo análisis nos puede servir para mostrar otro de los aspectos de la vivencia o experiencia de la corporalidad, tal como *realmente* se presenta en los enfermos.

Veamos brevemente resumidas dos historias clínicas que nos sirvan de ejemplo.

Primer Caso. - Varón, casado, de cuarenta años. Desde hace bastantes años venía padeciendo de catarros nasales y sinusitis, con abundante secreción, por lo que venía usando hasta cuatro o seis pañuelos al día. Le cauterizaron los cornetes, pero no mejoró su estado. En el año 1962, al agacharse, vertió por la nariz un líquido mucopurulento. Esto le preocupó. Fue al otorrinolaringólogo, quien le hizo unas radiografías de senos y le diagnosticó de una sinusitis maxilar que se resolvió espontáneamente a las tres semanas aproximadamente, según se comprobó con una nueva radiografía.

En 1965 empezó a padecer dolores de estómago, diversas molestias digestivas que le producían eructos y ardores continuos. Le pusieron un régimen con el que adelgazó 10 kilogramos. Al verlo adelgazar tan rápidamente, todo el mundo le preguntaba si estaba enfermo; le decían que estaba muy pálido, demacrado, con cara de enfermo, etc. Estando así, un día sintió de nuevo verter por la nariz un líquido. Esta vez se asustó mucho más, se quedó pálido, con las manos frías y volvió a su casa muy angustiado. Se miró al espejo y se notó el labio inferior hinchado. Perdió el apetito y el comer le producía vómitos. Piensa, deduciéndolo de toda la historia anterior, que tiene un cáncer en la región maxilar y que le quedan seis días de vida; esta idea está clarísima para él. Cominció esto con que por aquel entonces un vecino suyo había muerto de cáncer de la nariz. Empieza a visitar médicos y más médicos, quienes, a pesar de decirle que lo suyo no tenía importancia — tras detenidas exploraciones —, no le convencen. El no se siente tranquilo, sino vitalmente amenazado.

Desde entonces tiene la preocupación, casi constante, de que puede tener un cáncer. Nota la región maxilar, el pómulo izquierdo, como acorchado, insensible; otras veces nota una pequeña molestia, como un peso, y como si lo tuviera hinchado. El *algo inerte que siente ahí*, una sensación — dice — algo difícil de expresar con palabras. Pasa todo el tiempo observándose, mirándose y gesti-

culando frente al espejo para ver si desaparece la sensación o cómo se comporta. Nota que el paladar izquierdo lo tiene también hinchado y enrojecido, que la dentadura es asimétrica, etc. Trata de encontrar una causa a su molestia maxilar, aparentemente ligera, pero para él extraña y profunda. Como no encuentra ningún médico que le dé una explicación que él estime satisfactoria, teme que sea un cáncer. Pero lo que más le inquieta es la incertidumbre de *no saber lo que tiene* y a qué atribuir sus molestias. Reconoce que su preocupación es exagerada, pero la tiene únicamente por sentir esas molestias. Hay temporada, los veranos, en que está libre o casi libre de esas sensaciones y, por tanto, de los temores. En otras temporadas la preocupación es continua. Se pone muy nervioso e irritable; cualquier cosa le excita: temor, inquietud, apatía, triste, apagado y falta de ilusiones. Muy pesimista en cuanto al futuro: teme no poder llegar a ver a sus hijos mayores. Duerme bien, aunque con sobresaltos. Alguna vez tiene fortísimos dolores de cabeza, como latidos muy intensos, como golpes. Come muy bien: siempre mantuvo el apetito. Ha vuelto a recuperar su peso normal. Ha visitado a numerosos médicos, otorrinolaringólogos, dentistas, oftalmólogos, internistas, etcétera. Todos ellos, tras las exploraciones pertinentes, le aseguran que «lo suyo es de nervios». En Alemania, a donde fue en viaje de negocios, le punzaron el seno maxilar y durante la punción se desmayó. No encontraron tampoco ningún fundamento a sus molestias.

Como tal caso clínico, este enfermo se incluiría en lo que yo solía llamar «timopatía ansiosa» (neurosis de angustia, pero no en el sentido clásico de angustia reactiva, sino *angustia endotímica*). El tratamiento adecuado permitió al enfermo verse libre de tal tortura en breve espacio de tiempo.

Segundo Caso. - Varón, de cuarenta y seis años. Hace doce años sintió fuertes dolores en la espalda, región lumbosacra, que a veces le hacían imposible andar o tenía que andar cojeando. Fue a muchos médicos y todos dijeron cosas diferentes. Un neurólogo le diagnosticó una espina bífida oculta, lo trató con radioterapia y lo curó. No hay antecedentes familiares. Tiene un carácter serio, formal, perfeccionista. Trabajador, so-

ciable y muy activo. Muy sensible y emotivo, aprensivo, impresionable. Los padres viven y están sanos. Es hijo único. Un humano murio de dieciocho meses. Casado desde hace diez años, satisfecho en su matrimonio. Ningún problema importante. Tiene tres hijos sanos.

Viene a la consulta porque e cuando en cuando nota unas *sensaciones raras* en la región lumbar, precisamente donde tuvo el dolor 2hace años. Le duran poco tiempo y no sabe cómo interpretarlas. No se trata de dolores, sino de unas sensaciones extrañas, como si algo se le hubiese dormido allí. Tiene escalofríos y nota como si algo se le saliese de la zona parestésica de la región lumbar y luego se le extiende a todo el cuerpo. Al descubrir sus molestias parestésicas emplea una expresión muy curiosa: «Es una opresión, una cosa, un amargor». La exploración es absolutamente negativa. Al decir *una cosa* alude a la transformación en objeto muerto e inerte, como en un proceso de objetivación.

El diagnóstico y el curso fue análogo al caso anterior.

Semiológicamente llamamos a eso unas *parestias*. Se conocen las parestias orgánicas (por ejemplo, en la esclerosis en placas) y otras sin base somática conocida como éstas. Qué hay en el fondo de ellas? La experiencia de la corporalidad — el cuerpo animado — ha perdido «animación» en un sector. *Se ha cosificado* vivencialmente. Y por qué teme tanto el enfermo a esa «sensación de cosa que llega a perturbar su vida tan intensamente? Porque esa cosa le angustia. Más exactamente es *angustia misma localizada*. En el segundo enfermo, de cuando en cuando, explota en forma de una crisis breve y pasajera de angustia difusa.

Esa «cosa» del parestésico, como el «peso» del hipocondríaco o la opresión en la región precordial o el dolor «lento» en la cabeza de otros, son experiencias de limitación, obstáculos en

la vivencia sublimar del fluir de la vida. Son experiencias amorfas con trasfondo significativo en relación con la *facticidad* de la vida humana o mejor aún con su *fragilidad*.

La otra cara de la vivencia de la corporalidad nos la da a conocer la ignorancia de un trastorno, la negación de su presencia. También aquí nos encontramos con una gama muy diversa. Y es que, en el fondo, cada vida es irrepetible y también es irrepetible cada experiencia vital.

En mi libro sobre las neurosis como enfermedades del ánimo he dicho que nada hay más personal que *la angustia vital*; porque aunque describamos su estructura general, la verdad es que cada uno tiene *su modo personal de angustiarse*. Todos hemos visto a enfermos de infarto de corazón a los que ninguna advertencia conminatoria por parte del médico es capaz de inhibir su modo expansivo de vivir, como si quisieran suplir con la intensidad la limitación vital que les impone su lesión. En otras ocasiones el fenómeno se halla más lejos del plano de la actitud y más cerca del plano vivencial primario. En el miembro fantasma de los amputados hay una «sensación de presencia», o sea una experiencia corporal de ausencia de la amputación aunque la vean y comprueben su realidad. En este hecho vemos la distancia que se establece entre plano ideágeno y vivencial en la experiencia de la corporalidad.

Lo que podríamos llamar «represión del síntoma» es un aspecto más de *lo humano en la enfermedad*. ANTON describió primero la ausencia en la toma de conciencia de la falta de percepción visual en enfermos orgánicos del sistema nervioso, y BABINSKI presentó en la Sociedad de Neurología de París a dos

hemipléjicos, ambos del lado izquierdo, que ignoraba en una u otra forma la presencia de la parálisis (anosognosia). Después se han descrito casos análogos o más complicados, como la negación simultánea de la ceguera y de la parálisis o de las cefaleas y de la ceguera en un tumor cerebral, etc. La prevalencia de la anosognosia en la hemiparesia izquierda ha llevado a la conclusión de la existencia de un centro del «esquema corporal» en el hemisferio derecho. Muy curiosa es la descripción de FULTON y BAILEY de un grupo de enfermos con tumores del tercer ventrículo que negaban estar enfermos, mostrando, como estos autores decían una «fatuous equanimity». Este hecho me recuerda a la «belle indifference» del histérico. En los enfermos de FULTON y BAILEY también aparecía el *carácter comunicativo* del síntoma, puesto que se mostraban deprimidos y perplejos cuando no eran interrogados por el médico y, en cambio, se mostraban seguros de sí mismos cuando se les preguntaba por su enfermedad. WEINSTEIN y KAHN han dedicado una excelente publicación a esta negación de la enfermedad (denial of illness).

Lo cierto es que tal modo de vivenciar la corporalidad enferma puede encontrarse con matices y formas diferentes en otros enfermos. Su presencia en estos casos neurológicos nos sirve para mostrar muy plásticamente uno de los modos de estructurarse la vivencia de la corporalidad. Los psiquiatras poseemos una experiencia singular: la leucotomía. En el obsesivo leucotomizado parece como si el eco de la obsesión sobre la conducta y la personalidad se amenguase considerablemente. Si se les pregunta por la obsesiones las recuerdan, pero ante ellas el enfermo toma una actitud

de indiferencia. En un caso reciente de mi Clínica Universitaria apareció como complicación de la operación de leucotomía una parálisis del recto externo del ojo derecho que, evidentemente, debía producir una diplopía en la enferma. Sin embargo, ésta negaba la existencia de la misma, aunque insistimos en demostrarle su presencia. Que tal dimensión se halla implícita en el sujeto normal lo demuestra la ausencia del campo visual de un ojo en los estrábicos. Un caso muy interesante de presencia de campo visual ausente lo comuniqué hace años con motivo del congreso de Neurología de LISBOA (1953). Se trataba de un médico con estrabismo que trató de corregirse quirúrgicamente sin lograr una fusión de las dos imágenes de ambos campos visuales, lo cual le torturaba muchísimo. Se intervino de nuevo sin lograr esa fusión y al final se decidió una nueva intervención para dejarlo estrábico como antes. Persistió la permanencia perceptiva de ambos campos visuales aun en esa nueva situación y el enfermo aceptó como solución le enucleación del ojo estrábico. Así se hizo pero a pesar de esta mutilación, el campo visual fantasma no sólo persistió, sino que aumentó la intensidad, produciendo en el enfermo tal depresión psíquica que intentó el suicidio.

Este par antagónico constituido, por un lado, por *la entrega al síntoma* del hipocondríaco y, por otro, por *la negación del síntoma* del anosognósico se halla en la propia manera de vivenciar la corporalità. En estado normal hay zona de silencio que en la acción se vuelven presentes. En la enfermedad, el síntoma tiene una acción de presencia *aprisionadora* o se silencia e ignora; podríamos decir, como en la dinámica de las neurosis, se reprime. Esta misma

dualidad la vemos muchas veces en la estructura misma de los síntomas, que son, a la vez, *manifestación del trastorno que constituye la enfermedad y defensa contra el mismo*.

La anatomía del «intracuerpo» no coincide con la anatomía del extra-cuerpo, usando el vocabulario de Ortega y Gasset. El médico, si realmente quiere

penetrar a fondo en los trastornos que aquejan a sus enfermos, debe conocerlas ambas. Un tema esencial de una antropología médica está constituido por el estudio de la corporalidad. La Clínica nos exige, cada día más, una ampliación de nuestros horizontes. Así aumentará nuestra comprensión de *lo humano en la enfermedad*.

La personalidad es un concepto que se refiere a la totalidad de las características psicológicas que distinguen a un individuo de los demás. Estas características incluyen rasgos de personalidad, estados de ánimo y procesos cognitivos. El estudio de la personalidad busca comprender cómo estas características influyen en el comportamiento y las emociones de una persona. Existen diferentes enfoques teóricos para explicar la personalidad, como el psicoanalítico, el conductista y el humanista. Cada enfoque ofrece una perspectiva única sobre cómo se forma y cómo funciona la personalidad.

En el ámbito de la psicología, la personalidad es un tema central que ha atraído la atención de investigadores y clínicos por igual. Comprender la personalidad puede ayudar a explicar por qué algunas personas actúan de ciertas maneras y otras de otras. Además, el conocimiento de la personalidad puede ser útil en el tratamiento de problemas psicológicos, ya que permite a los terapeutas adaptar sus intervenciones a las características específicas de cada paciente. La investigación en personalidad continúa evolucionando, ofreciendo nuevas perspectivas sobre este fascinante aspecto de la mente humana.

La personalidad es un concepto que se refiere a la totalidad de las características psicológicas que distinguen a un individuo de los demás. Estas características incluyen rasgos de personalidad, estados de ánimo y procesos cognitivos. El estudio de la personalidad busca comprender cómo estas características influyen en el comportamiento y las emociones de una persona. Existen diferentes enfoques teóricos para explicar la personalidad, como el psicoanalítico, el conductista y el humanista. Cada enfoque ofrece una perspectiva única sobre cómo se forma y cómo funciona la personalidad.

Este parámetro constituye un aspecto importante de la personalidad, ya que influye en cómo una persona percibe y responde a su entorno. La personalidad puede ser moldeada por factores ambientales, experiencias de vida y procesos biológicos. Comprender la personalidad puede ayudar a explicar por qué algunas personas actúan de ciertas maneras y otras de otras. Además, el conocimiento de la personalidad puede ser útil en el tratamiento de problemas psicológicos, ya que permite a los terapeutas adaptar sus intervenciones a las características específicas de cada paciente. La investigación en personalidad continúa evolucionando, ofreciendo nuevas perspectivas sobre este fascinante aspecto de la mente humana.