

J. J. LOPEZ IBOR

Editorial

# Psiquiatría y cirugía plástica

Publicado en

ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y CIENCIAS AFINES

Volumen VII. Marzo-abril 1979. Número 2.

Ayuntamiento de Madrid

Depósito legal: M. Sep. 851.—1958.

Gráficas Orbe, S. L., Padilla, 82, Madrid.—1979.

Ayuntamiento de Madrid

**PSIQUIATRIA Y CIRUGIA PLASTICA**

Por el profesor

J. J. López Ibor \*

Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas. Madrid.

La noción de esquema corporal apareció en neurología a partir de las observaciones sobre el miembro fantasma, la anosognosia y otras análogas, demostrando la presencia de una imagen interna de nuestro propio cuerpo, imagen vivida y no exactamente igual a la vista desde el exterior. Por esta razón, en lugar de "esquema" corporal prefiero hablar desde hace largo tiempo—en mis trabajos dedicados a este problema— de corporalidad. En definitiva, se trata de distinguir el cuerpo como objeto, tal como lo puede estudiar el anatómico, del cuerpo animado, tal como existe en la realidad. ORTEGA Y GASSET llamaba "intracuerpo" al cuerpo vivido desde el interior, en contraposición con el extracuerpo mirado desde fuera, aunque sea nuestro propio cuerpo mirado en el espejo, si bien la expresión de intracuerpo no concuerda exactamente con la de corporalidad en el sentido en que la suelo usar.

OPPENHEIM llamó la atención sobre el hecho de que de dos estímulos simétricos en el cuerpo y producidos simultáneamente, uno de los dos desaparece en el campo de la percepción, en tanto el otro está presente. Se ha descrito, por otra parte, el fenómeno de la "extinción" en los casos de hemianopsia, que algunos autores llaman de "inatención"

[CRITCHLEY (1)], puesto que la sensación más fuerte distrae al yo de la facultad de experimentar la segunda. Cito breve y rápidamente estos ejemplos para demostrar la significación de la corporalidad frente a la del cuerpo. La corporalidad supone la mezcla de las percepciones transmitidas por las vías nerviosas correspondientes con aquellas otras que pertenecen al campo de la psicología y que suponen una integración, por llamarla de alguna manera, aunque la expresión resulte inadecuada. Está regida por el principio de la intencionalidad, descrita por BRENTANO como característica de los fenómenos psíquicos (2). Así resulta que las percepciones no se sitúan como ocurridas en un plano uniforme, sino que, por el contrario, existen zonas perceptivas privilegiadas. Lo mismo pasa con el terreno motor. La corporalidad humana tiene, pues, un carácter intencional, en el sentido estricto en el que emplean esta palabra los psicólogos desde hace ya más de medio siglo.

Por otra parte, la imagen corporal, o mejor dicho, la corporalidad, asienta sobre una sensación o, mejor dicho, una vivencia de presencia. No se trata de la percepción de

\* Ex Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

(1) En realidad, no se trata de una inatención, sino como resultante de procesos intrapsíquicos más complejos que los que definen la atención o la inatención.

(2) Sobre este punto ya llamó la atención LEIBNITZ en su correspondencia con ARNAULD.

algún hueco o vacío, como pretendía SCHILDER, en los casos normales y patológicos, es decir, de una amputación o sustracción de una parte del mal llamado "esquema corporal", sino de una experiencia o vivencia de presencia de nuestro cuerpo integrada en la misma experiencia de la identidad personal. Las experiencias realizadas recientemente por algunos autores y por nosotros mismos en los casos de miembros fantasmas nos permiten afirmar que el miembro fantasma es como un proyecto encarnado de movimiento. Además, y esto es lo importante, toda percepción es un encuentro creador. El mal llamado esquema corporal no es, pues, sino un encuentro entre la persona vivida como corporalidad y lo que constituye su modo externo.

En resumen: existen tres modalidades de experiencia psicológica que conviene destacar para poder interpretar correctamente los problemas ligados a la cirugía estética y correctora:

1.ª El esquema corporal, o mejor, la corporalidad, que constituye una experiencia consustancial al hecho de existir. La existencia humana está siempre ligada a la presencia de nuestro cuerpo, que es vivida como corporalidad o cuerpo animado. Sin la corporalidad el hecho de existir sería equivalente a un paseo de dibujos espectrales.

2.ª La experiencia perceptiva es siempre una tensión entre dos polos y por eso tiene el carácter intencional. La patología se caracteriza porque en ese equilibrio entre los dos polos hay algo que en la anormalidad toma un carácter impositivo, como cuando se sufre un dolor violento que aleja a un plano secundario cualquier otra sensación de la corporalidad. Por eso hablo de zonas privilegiadas. El sujeto que acude a un cirujano estético para que le embellezcan su nariz o le repasen sus mamas colgantes, se convierte, por ese mismo deseo impositivo y reiterativo, en un enfermo cuya estructura psicológica no se halla lejos de los obsesivos y anancásticos.

3.ª Esta dinámica intencional rebasa los límites propios de la corporalidad. Si la

mano se apoya sobre un libro no se percibe lo mismo la mano que, cuando al revés, mantienen el libro en el aire. Cuando se mira un cuadro, ¿dónde se halla nuestra mirada: en el cuadro mismo o en el espacio exterior? Esta relación entre la posición excéntrica y concéntrica que caracteriza al ser humano como cuerpo animado no se puede ignorar como se hace siempre que se habla de una forma muerta, como al utilizar la expresión de "esquema corporal". El cuerpo, además, por una parte nos pertenece, está regido por el "yo", o sea, por el núcleo fundamental de la personalidad, pero por otra parte nos soporta, nos sostiene imprescindiblemente como ser vivo. De ahí la importancia que toma en tantos casos y de la supervaloración que sufre en los que necesitan de la cirugía estética y reparadora.

Esta movilidad de las relaciones entre el "yo" como centro personal y el cuerpo como corporalidad nos explica muchos fenómenos de la patología y sobre todo la de nuestra identificación con el propio cuerpo, pero no tal como es, sino tal como se imagina o se desea que pudiera ser. La vida humana es muy compleja: reparar una lesión que disminuye la capacidad del sujeto es algo tan importante como extirpar una úlcera de duodeno. Corregir una disformosis lo es también, demostrando que el área estética es algo implícito a la vida sana. Los psiquiatras lo vemos con mucha claridad en los casos de dismorfosis de carácter obsesivo que provocan sufrimientos mayores que los reales (3).

Sólo brevemente y a título de ejemplo quisiera citarles un caso que esclarece muy bien todo este problema de la imagen corporal, la corporalidad y la persona humana.

Se trataba de un médico de treinta años de edad, internista, valioso como tal, que arrastraba desde su nacimiento un estrabismo. El estrabismo le convertía, fuera de su profesión, en un tímido en sus relaciones,

(3) Véase el trabajo de J. LÓPEZ-IBOR ALIÑO en el próximo libro (en prensa) sobre éstos y análogos problemas (*La corporalidad humana*, por J. LÓPEZ-IBOR y J. LÓPEZ-IBOR ALIÑO).

sobre todo con el sexo femenino. Siempre pensaba que no iba a encontrar la acogida ansiada. Un día acudió a un oftalmólogo para que le hiciese la rectificación del ojo estrábico, y, efectivamente, tras la intervención los ojos quedaron en la posición debida. La intervención estuvo muy correctamente hecha y con gran habilidad. A la mirada de los demás el estrabismo había desaparecido.

Desde que tal hecho se logró empezó para él la tragedia. Con el ojo no estrábico veía correctamente antes de la intervención, pero después de ella todo el campo visual aparecía para el enfermo cubierto con una neblina insoportable que le producía una angustia creciente. Esta angustia llegó a grado tal que decidió intervenir para dejar el ojo izquierdo en la posición estrábica que tenía anteriormente; pero, hecho singular y curioso, así como antes de la primera intervención veía bien, después de la segunda la imagen neblinosa persistía cubriéndole todo el campo visual. Su angustia aumentó de tal modo que comenzó a acariciar la idea del suicidio. Ante esta situación, el oculista, buen cirujano y muy competente, por cierto, de acuerdo con el enfermo decide, a petición de este último, la enucleación del ojo estrábico, sustituyéndolo por un ojo artificial. Sin embargo, a pesar de la enucleación del ojo estrábico, la neblina—por llamarla de alguna manera, puesto que la sensación era muy difícil de describir—persistió. Por decirlo brevemente, podría compararse con la diferencia entre un dolor corriente y una causalgia. Su angustia aumentó, la idea de suicidio se le fijó e hizo un primer intento. Esta fue la razón por la cual acudió a mi consulta. Se hallaba en plena depresión, acompañada de una angustia insoportable. Es decir, se había desarrollado en él un campo visual fantasma, único caso, por lo que yo conozco, de la literatura de los miembros fantasmas.

No fue fácil para el psiquiatra mismo el tratamiento de este caso, que acabó por tener que ser intervenido con una operación estereotáxica cerebral como las que se

realizan en los dolores cancerosos intratables.

En la cirugía plástica y reconstructora, que tantos éxitos está obteniendo en la actualidad, hay dos tipos fundamentales, como ustedes saben. No es el de la cirugía estética destinada a corregir la apariencia de la persona porque ésta ha nacido con características especiales, por ejemplo en el caso de algunas características raciales, y en otras por el sufrimiento que crea la distancia entre lo que ve el enfermo como realidad y lo que aparece como deseo (4) (dismorfopsias).

Por otra parte, existe la cirugía cosmética, en la que se incluye la curación de las deformidades causadas por traumas o enfermedades.

En el primer caso resulta más patente y evidente lo que también, en plano secundario, puede ocurrir en el segundo; por eso la cirugía estética en sentido estricto no es tan impositiva como la segunda, aunque en muchos casos ambas tengan raíces psicológicas comunes, a pesar del factor que se agrega en las segundas de la recuperación funcional.

La cirugía estética se halla determinada por la insatisfacción de la propia imagen corporal. Si se repasa la historia de la Humanidad puede comprobarse cómo ha cambiado el tipo de belleza a lo largo de los siglos. Sólo los progresos de la cirugía estética actual permiten la aproximación a la figura que se considera prevalente en esta época y como perteneciente al canon de la belleza humana. Tal canon supone la modificación de aquellos puntos que no se ajustan al mismo, como en otros tiempos la práctica de ciertas virtudes suponían un canon moral para el sujeto, ya fuesen virtudes de

(4) Utilizó la palabra "enfermo" en tanto en toda enfermedad hay un sufrimiento anormal, aunque esté creado por la forma de vida social que crea la moda. Naturalmente, hay casos de "capricho, podría decirse", a veces por escasez en dotes intelectuales, algo que podríamos calificar con la expresión utilizada en otro sentido en la psiquiatría de hace años, de tontos o tontas de salón, o aquellos otros que E. BLEULER diagnosticaba de "Verblöding-blodsim".

carácter religioso o de carácter profano, tal como ocurrían durante la civilización greco-romana. Y es que la vida humana no es un proceso elemental como el de alimentarse y mantenerse vivo, sino que necesita algo tan importante como los anhelos supravitales de una vida elemental, tales como son los estéticos.

Esta variabilidad y mutabilidad histórica demuestra los elementos psicológicos que existen en la vivencia o experiencia de la propia corporalidad y los sacrificios que se hacen por ella, algunas veces disfrazados como reglas higiénicas. Nunca en la historia de la Medicina se han podido ver tantos casos de la llamada anorexia mental en las adolescentes como se ven ahora, y sobre todo casos que hayan alcanzado intensidad tan extraordinaria como los actuales.

Precisamente por tratarse de una imagen psicológica del propio "yo", con la bipolaridad "yo"-mundo antes mencionada, la imagen no se halla referida sólo a sí mismo, sino en relación con los demás, es decir, con el mundo humano. Por eso ofrece una problemática especial que los cirujanos estéticos conocen muy bien y una deontología médica llena de matices, aparte de sus dificultades técnicas como orfebres del cuerpo humano.

La formulación más clara del problema podríamos hacerla de la siguiente manera: de la misma forma que cada uno, a lo largo de su vida, opera y se desenvuelve, según

un proyecto de vida unas veces más consciente y otras más inconsciente, en ese mismo proyecto de vida el anhelo de una figura corporal vale tanto como hablar de un anhelo de un ideal estético. Aunque en menor cuantía, también existe un subfondo en muchos casos de cirugía reparadora. Este carácter es el que se ha de poner de manifiesto ante el enfermo que viene a plantear un problema de esta naturaleza. Muchas veces los cirujanos estéticos quieren salvar esta situación remitiendo el problema al psiquiatra, pero, a mi modo de ver, son ellos los que deben plantear el problema tal como es y teniendo en cuenta las variables de que consta. Es evidente que un problema de esta clase, en una personalidad con tendencias depresivas o en una personalidad con otras anomalías de su psiquismo, puede y debe acudir al psiquiatra. En estos casos claramente patológicos desde el punto de vista psíquico yo me inclinaría por acudir previamente al psiquiatra, de la misma manera que acude un enfermo por su incapacidad de concentración en los estudios o de su falta de rendimiento en el trabajo, etc., es decir, por una sintomatología depresiva mitigada. En muchos casos lo que ha determinado al enfermo a acudir al cirujano es una forma de depresión enmascarada o larvada o de equivalente depresivo, a cuyo estudio y conocimiento he dedicado varios trabajos en los últimos años. El sentimiento de frustración y encontrar una explicación proyectada en su figura corporal.



El primer aspecto que se debe considerar es el de la personalidad del sujeto, ya que esta influye directamente en la forma de percibir y actuar en el mundo. En este sentido, el sujeto puede ser considerado como un ser activo y consciente, capaz de tomar decisiones y actuar en consecuencia.

En segundo lugar, es importante tener en cuenta el contexto social y cultural en el que se desarrolla el sujeto. Este contexto puede influir en la formación de su personalidad y en su forma de actuar. Por ejemplo, un sujeto que crece en un entorno familiar afectivo y con apoyo emocional, tendrá una personalidad más sana y equilibrada que uno que crece en un entorno de violencia y desconfianza.

Finalmente, es necesario considerar el papel de la educación y la formación en la construcción de la personalidad. La educación puede ayudar al sujeto a desarrollar sus capacidades y a actuar de forma responsable y ética. Por otro lado, la falta de educación puede limitar las posibilidades del sujeto y llevarlo a actuar de forma impulsiva y poco responsable.

En conclusión, la personalidad del sujeto es un factor clave en su forma de percibir y actuar en el mundo. Este factor está influenciado por el contexto social y cultural, así como por la educación y la formación que recibe. Por lo tanto, es importante tener en cuenta estos factores al analizar el comportamiento de un sujeto.