

# ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA

ISSN: 1139-9287

ACEPSI

*Actas Españolas de Psiquiatría* tiene un carácter multidisciplinar y está dirigida a especialistas en Psiquiatría, Neurología y Salud Mental, así como a todos aquellos profesionales vinculados con la especialidad  
Fundada en 1940 por el Profesor D. Juan José López Ibor

**Periodicidad:** 6 números al año

**Indexada en:** Index Medicus-MEDLINE, Current Contents, Science Citation Index (SCI), Social Science Citation Index (SSCI), Excerpta Medica/EMBASE, Toxline, Cancerlit, Aisdline, PsycINFO - Mental Health Abstracts, Sportdiscus, Índice Médico Español-IME, Índice Bibliográfico en Ciencias de la Salud-IBECS

**Correspondencia científica:** Fundación Juan José López-Ibor · C/ Doctor Juan José López Ibor 2 · 28035 Madrid (España)  
Tel.: 0034913739119 · Correo electrónico: revista.actas@fundacionlopezibor.es · www.fundacionlopezibor.es

## Tarifa de suscripción anual

	Profesional		Institucional		Estudiante
	Nacional	Internacional	Nacional	Internacional	Nacional
Papel	126,91 €	149,55 €	219,79 €	250,78 €	87,45€

**TODA SUSCRIPCIÓN A NUESTRA REVISTA SE CONSIDERA RENOVADA AUTOMÁTICAMENTE, SALVO COMUNICACIÓN EN CONTRA POR SU PARTE. EL COBRO DE LA SUSCRIPCIÓN, SIGUIENDO LA NORMA INTERNACIONAL DE LA PRENSA, ES CON CARÁCTER ANTICIPADO.**

**Publicidad y Suscripciones:** Comunicación y Ediciones Sanitarias, S.L.  
Plaza Cristóbal Colón 3, 1º 2 · 28220 Madrid (España)  
Tlf.: 91 638 99 57 · Fax: 91 636 23 32 · suscripciones@cyesan.es

© Copyright 2011 Fundación Juan José López-Ibor

© Copyright 2011 Comunicación y Ediciones Sanitarias, S.L.

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

Esta publicación se imprime en papel no ácido. This publication is printed in acid free paper.

ISSN: 1139-9287

Depósito Legal: M. 851-1958

Impresión: España

Reservados todos los derechos.

*Queda rigurosamente prohibida, sin autorización escrita de los titulares del Copyright, la reproducción parcial o total de esta publicación por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos, bajo las sanciones establecidas por la ley.*

LOPD: Informamos a los lectores que, según la ley 15/1999 de 13 de diciembre, sus datos personales forman parte de la base de datos de la Fundación Juan José López-Ibor. Si desea realizar cualquier rectificación o cancelación de los mismos, deberá enviar una solicitud por escrito a la Fundación Juan José López-Ibor, C/ Doctor Juan José López Ibor 2 · 28035 Madrid (España)

# ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA

ISSN: 1139-9287

ACEPSI

## COMITÉ DE DIRECCIÓN

Juan José López-Ibor (*Madrid*)  
María I. López-Ibor (*Madrid*)

Hagop S. Akiskal (*San Diego, EE.UU.*)  
Otto Dörr (*Santiago de Chile, Chile*)  
Ginés Llorca (*Salamanca*)  
Hans-Jürgen Möller (*Munich, Alemania*)  
Tomás Ortiz (*Madrid*)  
Pedro Ruíz (*Madrid*)  
Norman Sartorius (*Ginebra, Suiza*)

## COMITÉ EDITORIAL

José Luis Carrasco (*Madrid*)  
Miguel Roca (*Palma de Mallorca*)

### Editores

Aida Navalón (*Madrid*)

### Secretaria Técnica

Luis Agüera (*Madrid*)  
Celso Arango (*Madrid*)  
Miguel Bernardo (*Barcelona*)  
Manuel Bousoño (*Oviedo*)  
José Antonio Cabranes (*Madrid*)  
Miguel Casas (*Barcelona*)  
Benedicto Crespo (*Santander*)  
Manuel J. Cuesta Zorita (*Pamplona*)  
Marina Díaz Marsá (*Madrid*)  
Francisco Ferre (*Madrid*)  
Cristóbal Gastó (*Barcelona*)  
Juan Gibert (*Cádiz*)  
Manuel Gómez-Beneyto (*Valencia*)  
Ana González-Pinto (*Vitoria*)  
Gerardo Heinze (*México D.F., México*)  
David Huertas (*Guadalajara*)  
Carmen Leal (*Valencia*)  
Manuel Martín (*Pamplona*)  
José Luis Mediavilla (*Oviedo*)  
José Luis Medina Amor (*Madrid*)  
José Manuel Menchón (*Barcelona*)  
Juan Antonio Micó (*Cádiz*)  
Ángel Luis Montejo (*Salamanca*)  
Victor Peralta (*Pamplona*)  
José Carlos Pérez de los Cobos (*Barcelona*)  
Blanca Reneses (*Madrid*)  
Julio Sanjuán (*Valencia*)  
Adolf Tobeña (*Barcelona*)  
Francisco Vaz (*Badajoz*)  
José Luis Vázquez Barquero (*Santander*)  
Eduard Vieta (*Barcelona*)

## CONSEJO ASESOR

Renato Alarcón (*Minnesota, EE.UU.*)  
Enrique Álvarez (*Barcelona*)  
Julio Arboleda-Flórez (*Kingston, Canadá*)  
José Luis Ayuso-Mateos (*Madrid*)  
Carlos Ballús (*Barcelona*)  
Demetrio Barcia (*Murcia*)  
Moty Benyakar (*Buenos Aires, Argentina*)  
Julio Bobes (*Oviedo*)  
Alfredo Calcedo Barba (*Madrid*)  
Alfredo Calcedo Ordóñez (*Madrid*)  
Enrique Camarena Robles (*México D.F., México*)  
José Canivé (*Albuquerque, EE.UU.*)  
Carlos Carbonell (*Madrid*)  
Salvador Cervera (*Pamplona*)  
Alfonso Chinchilla (*Madrid*)  
Carlos Collazo (*Buenos Aires, Argentina*)  
Valentín Conde (*Valladolid*)  
María Dolores Crespo (*Madrid*)  
Louis Crocq (*París, Francia*)  
Eduardo Cuenca (*Madrid*)  
Juan Francisco Díez Manrique (*Santander*)  
Javier Escobar (*New Jersey, EE.UU.*)  
Rodolfo Fahrer (*Buenos Aires, Argentina*)  
María Luisa Figueira (*Lisboa, Portugal*)  
Filiberto Fuentenebro (*Madrid*)  
Moisés Gaviria (*Chicago, EE.UU.*)  
José Giner (*Sevilla*)  
José Luis González Rivera (*Madrid*)  
José Guimón (*Bilbao*)  
Miguel Gutiérrez (*Vitoria*)  
Andrés Heerlein (*Buenos Aires, Argentina*)  
Mariano Hernández Herreros (*Madrid*)  
Carlos Roberto Hojaij (*Melbourne, Australia*)  
Miguel Jorge (*Sao Paulo, Brasil*)  
Néstor Koldobsky (*La Plata, Argentina*)  
Carlos León (*Bogotá, Colombia*)  
Felice Lieh-Mak (*Hong Kong*)  
Antonio Lobo (*Zaragoza*)  
Fernando Lolas (*Chile*)  
Luis López-Ibor (*Madrid*)  
Mario Maj (*Nápoles, Italia*)  
Cesar Mella (*Santo Domingo, República Dominicana*)  
Juan Enrique Mezzich (*Nueva York, EE.UU.*)  
Jorge Nazar (*Mendoza, Argentina*)  
Leopoldo Ortega-Monasterio (*Barcelona*)  
Antonio Pacheco (*Caracas, Venezuela*)  
Antonio Pacheco Palha (*Oporto, Portugal*)  
Enrique Probst (*Montevideo, Uruguay*)  
Luis Rojo Moreno (*Valencia*)  
Marta Rondón (*Lima, Perú*)  
Jerónimo Saiz Ruiz (*Madrid*)  
Joaquín Santo-Domingo (*Madrid*)  
Fior Solis (*Santo Domingo, República Dominicana*)  
Donna Stewart (*Toronto, Canadá*)  
Julio Vallejo (*Barcelona*)

## Diciembre 2011, Vol. 39, Suplemento 3

	<u>Páginas</u>
<b>DE LA EXPERIENCIA CORPORAL A LA IDENTIDAD CORPORAL .....</b>	<b>1</b>
<b>PERCEPCIÓN, VIVENCIA E IDENTIDAD CORPORALES .....</b>	<b>3</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>3</b>
<b>PRIMERA PARTE: PERSPECTIVAS SOBRE CUERPO HUMANO .....</b>	<b>4</b>
<b>El cuerpo humano .....</b>	<b>4</b>
<b>Cuerpo objeto y cuerpo sujeto .....</b>	<b>5</b>
<b>Cuerpo, corporalidad y corporeidad .....</b>	<b>5</b>
<b>El cuerpo en la clínica cotidiana .....</b>	<b>6</b>
<b>Perspectivas dualistas y monistas .....</b>	<b>7</b>
Sôma y Sême .....	7
El dualismo cartesiano.....	9
El desmoronamiento del dualismo .....	11
Perspectivas monistas.....	11
<b>Las dos caras de una misma moneda.....</b>	<b>14</b>
El monismo de doble aspecto y dualismo metodológico .....	14
Dos modos de conocimiento .....	14
Ciencias de la naturaleza y ciencias humanas .....	15
Dualismo en psiquiatría .....	15
Dos miradas encontradas e inconciliables.....	17
La resolución quiasmótica.....	18
Monismo radical y valor adaptativo del dualismo .....	19
<b>SEGUNDA PARTE: CONFRONTACIONES ENTRE EL CUERPO OBJETO Y EL CUERPO SUJETO .....</b>	<b>20</b>
<b>Agnosias y disgnosias .....</b>	<b>20</b>
<b>Miembro fantasma .....</b>	<b>20</b>
Neurobiología del miembro fantasma.....	22
<b>Las agnosias .....</b>	<b>23</b>
Asomatognosia.....	24
Neurobiología de la asomatognosia.....	24
Percepción de una mano ajena .....	24
Neurobiología del signo de la mano ajena .....	24
Misoplejía.....	25
Neurobiología de la misoplejía.....	25
Prosopagnosia.....	25
Neurobiología de la prosopagnosia .....	25

	<u>Páginas</u>
Agnosia táctil y asterognosia.....	26
Neurobiología de la agnosia táctil y asterognosia.....	26
Síndrome de Gerstmann.....	27
Neurobiología del síndrome de Gerstmann.....	28
Síndrome de Balint-Holmes.....	28
Neurobiología del síndrome de Balint-Holmes.....	29
Síndrome de heminegligencia espacial unilateral.....	29
Neurobiología de la heminegligencia espacial unilateral.....	29
Anosognosia.....	30
Neurobiología de la anosognosia.....	31
Somatoparafrenia.....	32
Neurobiología de la somatoparafrenia.....	32
Heteropatognosia.....	32
Experiencias autoscópicas.....	32
Neurobiología de las experiencias autoscópicas.....	34
Trastornos del yo corporal.....	34
Neurobiología de los trastornos del yo corporal.....	35
<b>Sustratos nerviosos de las agnosias.....</b>	<b>35</b>
<b>TERCERA PARTE: LA PERCEPCIÓN DEL CUERPO.....</b>	<b>35</b>
<b>La búsqueda de un sexto sentido.....</b>	<b>35</b>
<b>Las sensaciones internas.....</b>	<b>36</b>
<b>La cinestesia.....</b>	<b>37</b>
<b>La cenestesia.....</b>	<b>38</b>
Las percepciones confusas.....	39
Críticas a la noción de cenestesia.....	39
<b>La propiocepción.....</b>	<b>40</b>
Estímulos exteroceptivos e interoceptivos.....	41
<b>El sentido del espacio.....</b>	<b>42</b>
<b>De la senso-percepción a los esquemas cerebrales.....</b>	<b>42</b>
Esquema postural.....	42
Esquema corporal.....	42
Imagen corporal.....	43
Aclaraciones sobre la terminología.....	44
<b>El intracuerpo.....</b>	<b>45</b>
<b>CUARTA PARTE: COMO CONSTRUYE EL CEREBRO LOS ESQUEMAS CORPORALES.....</b>	<b>46</b>
<b>La integración de senso-percepciones diversas.....</b>	<b>46</b>
<b>Las neuronas espejo.....</b>	<b>46</b>
<b>Aspectos vinculados al desarrollo.....</b>	<b>46</b>
<b>Génesis central y periférica de los esquemas corporales.....</b>	<b>47</b>

# ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA

ISSN: 1139-9287

ACEPSI

	<u>Páginas</u>
De abajo a arriba (bottom-up) .....	47
El tono muscular.....	47
La postura y el equilibrio .....	48
La expresión facial.....	48
De arriba a abajo (top-down).....	49
Periferia y centro.....	51
<b>Lateralización cerebral</b> .....	51
El hemisferio derecho y el mí mismo (self) .....	52
<b>La identificación y representación del cuerpo</b> .....	52
Identificación del propio cuerpo .....	53
<b>Incorporación</b> .....	54
Sinestesias e imagen corporal.....	54
<b>Esquema corporal e intencionalidad</b> .....	55
<b>QUINTA PARTE: LA VIVENCIA CORPORAL</b> .....	56
<b>¿Qué es una vivencia?</b> .....	57
<b>Dimensiones de la vivencia corporal</b> .....	58
La experiencia de mí mismo.....	58
El ser consciente .....	58
Cuerpo, personalidad e identidad .....	58
Subjetividad .....	59
El cuerpo vivo y vivido .....	60
Cuerpo y mundo.....	61
El cuerpo como sostén .....	61
La vivencia del yo .....	61
La experiencia objetiva y dotada de sentido.....	62
La percepción del propio cuerpo.....	62
El movimiento humano .....	62
La postura erecta.....	63
El cuerpo como morada.....	63
El cuerpo fungiente.....	63
La experiencia de otras personas: la intersubjetividad .....	63
El cuerpo como manifestación .....	64
<b>Espacialidad y vivencia del espacio</b> .....	64
<b>Temporalidad y vivencia del tiempo</b> .....	65
<b>Vivencia corporal y afectividad</b> .....	65
Los sentimientos corporales y vitales y la vitalidad.....	66
Tipos de sentimientos .....	66
La alexitimia.....	67
<b>La ambigüedad de la vivencia corporal</b> .....	67

# ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA

ISSN: 1139-9287

ACEPSI

	<u>Páginas</u>
<b>La vivencia cotidiana del cuerpo</b> .....	68
<b>SEXTA PARTE: CONFRONTACIONES ENTRE CUERPO E IDENTIDAD</b> .....	69
<b>Más allá de las agnosias</b> .....	69
El “centro del alma” .....	70
<b>Tipos de confrontaciones entre cuerpo e identidad personal</b> .....	70
Dolor y vivencia corporal .....	70
Las parestesias .....	72
El lenguaje del cuerpo en la clínica cotidiana .....	72
Ser y estar .....	73
El enfermo-problema .....	74
La reificación o cosificación del cuerpo .....	74
La forma y el aspecto .....	74
El interior y la intimidad .....	75
Sexo y género .....	75
Otros trastornos de somatización .....	76
La hipocondría .....	77
Despersonalización y desrealización .....	78
Cenestopatías .....	78
<i>La esquizofrenia cenestésica</i> .....	78
<i>La vivencia corporal en la depresión</i> .....	80
<b>SEPTIMA PARTE: TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD</b> .....	81
<b>Origen del proceso de identificación</b> .....	81
<b>El proceso de estigmatización</b> .....	82
<b>Trastornos de la identidad y del reconocimiento de sí mismo</b> .....	83
Trastornos de la identidad genérica .....	83
Trastorno de identidad disociativo .....	83
<b>Trastorno dismórfico corporal</b> .....	84
Trastorno dismórfico e identidad .....	87
Complejo de Tersites .....	88
La estética .....	89
La cosmética .....	90
<b>El trastorno de la identidad de la integridad corporal o apotemnofilia</b> .....	90
<b>El cuerpo objeto y el cuerpo sujeto en la anorexia nerviosa</b> .....	91
Ascetismo .....	92
<b>Conclusiones</b> .....	94
<b>Bibliografía</b> .....	97

Juan J. López-Ibor<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>

# De la experiencia corporal a la identidad corporal

<sup>1</sup>Instituto de Psiquiatría y Salud Mental  
Hospital Clínico San Carlos

<sup>2</sup>Departamento de Psiquiatría  
Facultad de Medicina  
Universidad Complutense

<sup>3</sup>CIBERSAM  
(Centro para la Investigación Biomédica en Red en Salud Mental)

<sup>4</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos  
(IdISSC), Madrid, Spain.

<sup>5</sup>Fundación Juan José López-Ibor, Madrid

---

Este suplemento es el resultado del proyecto de una segunda edición de "El Cuerpo y la Corporalidad" que junto con Juan José López Ibor publiqué en 1974<sup>1</sup>. Sin embargo, en el curso de su elaboración hemos ido viendo, Tomás Ortiz, María Inés López-Ibor y yo que el resultado nos llevaba cada vez más a una meta diferente, una obra distinta. No en vano habían pasado cuarenta años desde la publicación original, que sin duda conserva su frescura y originalidad, razón por la cual hemos decidido hacerla accesible en formato electrónico a través de la página web de la Fundación Juan José López-Ibor<sup>2</sup>. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(Supl. 3):1-2

"El Cuerpo y la Corporalidad" tuvo su éxito, pero nunca los autores nos decidimos a hacer una segunda edición, hubo, eso sí, una bella reimpresión en Salamanca, por iniciativa de Ginés Llorca<sup>3</sup>, que siempre consideró que era un texto importante y muy en especial en su área de trabajo, la psico-oncología y en la medicina psicológica en general. Nosotros, los tres autores retomamos el tema en varios capítulos de las "Lecciones de Psicología Médica"<sup>4</sup> y en una serie de conferencias.

"El Cuerpo y la Corporalidad" recogía por una parte textos dispersos de Juan José López Ibor sobre el tema, alguno de ellos escritos en forma de conferencias y una elaboración de lo que había sido una lección magistral en unas oposiciones a Profesor Agregado de Psicología Médica y Psiquiatría que se convocaron en febrero de 1972 y se realizaron nueve meses después. Como era la primera vez que se convocaba una cátedra (en aquella época no había oposiciones directas a cátedras) de Psicología Médica escogí como tema de la Lección Magistral uno de este campo, mas difícil que el de la Psiquiatría, y que alguna ventaja podría darme sobre otros opositores. Para mí, el tercer ejercicio de un extenuante procedimiento de selección, era el más complicado. El primero era el curriculum y uno o lo tiene o no lo tiene; el segundo era la Memoria para la cual tenía yo la ventaja de mi formación en Madrid, en Alemania y en el Reino Unido; el cuarto era preparar y exponer un tema del propio programa sacado a sorteo del mismo; el quinto un caso práctico y el sexto quedaba a la

iniciativa del Tribunal. El tercero era pues donde un do de pecho podría ser fundamental.

Durante muchas semanas trabajé un tema, la Percepción, guiado por la idea de integrar aportaciones de la fenomenología, en especial de la obra magistral de Merleau-Ponty *La Fenomenología de la Percepción*<sup>5</sup> con las de la neurociencia recién nacida. Sin embargo, al cabo del tiempo me di cuenta que la tarea no podía tener un buen fin. Hay que tener en cuenta que aspectos fundamentales como las aportaciones de Zeki<sup>6</sup> y otros no empezaron a aparecer hasta muchos años mas tarde y las investigaciones sobre el sistema nervioso llevaban otros rumbos. Recuerdo haberle comentado a mi padre a la mesa mi decisión de preparar otra lección la Corporalidad, y para mi sorpresa y la de mis hermanos, recibir como respuesta que la Percepción no había sido una buena elección y que la Corporalidad le parecía más adecuada. "¿Por qué no me lo dijiste antes?, no hubiera perdido el tiempo con una tarea imposible" me quejé. "Es tu oposición y no la mía" fue la escueta respuesta y lección (magistral).

Cuarenta años son muchos años y por eso el presente texto tiene grandes diferencias con el anterior. La primera y fundamental es el título. El original enseguida me pareció inadecuado porque inducía a perpetuar un dualismo que habíamos combatido con energía y que ya fue interpretado como que **cuerpo** y **corporalidad** eran dos realidades distintas y no una vista desde dos perspectivas diferentes. De hecho me encontré que muy a menudo sustituía la palabra corporalidad por vivencia corporal. Otra razón, es que la dicotomía del título podría dar lugar a degradar al cuerpo, dejarlo al nivel de un objeto inanimado, cuando no de un cadáver, cuando se trataba precisamente de lo contrario.

La segunda gran diferencia es la del progreso de la investigación desde la perspectiva de la neurociencia que a la vez que confirma postulados avanzados por la fenomenología abre nuevas vías de reflexión. En el estudio de la vivencia corporal, del cuerpo humano, encontramos que filosofía e investigación empírica se complementan de un modo muy llamativo y que las indagaciones sobre fenómenos cotidia-

nos en la clínica psiquiátrica, neurológica y general encuentran respuestas en la neurociencia concebida de un modo amplio, y son a la vez un estímulo para abrir nuevas vías de conocimiento.

La tarea que emprendimos hace unos meses no ha resultado fácil. Tanto en la vertiente más filosófica como en la más neurobiológica hemos procurado ir siempre a las fuentes, cosa que no siempre se ha hecho y con algunas sorpresas hemos dado. No es un tema fácil pero sí apasionante y además clave para la medicina, por eso hemos intentado exponer las cosas con claridad aun a costa de aumentar el número de páginas. El lector juzgará los aciertos y desaciertos y alguno quizá se decida a seguir sus investigaciones por una línea que nos parece esencial para el conocimiento del ser humano en su totalidad tanto en la salud como en la enfermedad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. López Ibor JJ, López-Ibor Aliño JJ. El Cuerpo y la Corporalidad. Madrid: Gredos; 1974.
2. Fundación Juan José López-Ibor
3. López Ibor JJ, López-Ibor Aliño JJ. El Cuerpo y la Corporalidad. Reimpresión. Salamanca: Tesitex; 2000.
4. López-Ibor Jr. JJ, Ortíz Alonso T, López-Ibor MI. Lecciones de Psicología Médica. Barcelona: Masson; 1999.
5. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la Perception*. París: Gallimard; 1945. Traducción: Merleau-Ponty M. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Editorial Altaya; 1999. Translation: Merleau-Ponty M: *Phenomenology of perception*: London: Routledge; 1962.
6. Zeki S. *A vision of the brain*. Oxford: Blackwell Scientific; 1993.



Juan J. López-Ibor<sup>1,2,3,4,5</sup>  
Tomás Ortiz<sup>2,3,5</sup>  
María I. López-Ibor<sup>2,3,5</sup>

# Percepción, vivencia e identidad corporales

*"Lo que se recibe, se recibe según la forma de quién lo recibe."*

Tomás de Aquino<sup>1</sup>

*"You and I do not see things as they are. We see things as we are."*

Herb Cohen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Psiquiatría y Salud Mental  
Hospital Clínico San Carlos

<sup>2</sup>Departamento de Psiquiatría  
Facultad de Medicina  
Universidad Complutense

<sup>3</sup>CIBERSAM

(Centro para la Investigación Biomédica en Red en Salud Mental)

<sup>4</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos  
(IdISSC), Madrid, Spain.

<sup>5</sup>Fundación Juan José López-Ibor, Madrid

## RESUMEN

El médico ha de conocer al enfermo en la enfermedad y no sólo a la enfermedad en el enfermo, desde la doble perspectiva del **cuerpo como objeto** y el **cuerpo como sujeto**. Esto también afecta al enfermo que ha de enfrentarse a la realidad de **tener un cuerpo** que irrumpe en su conciencia como amenaza vital, como fuente de malestar y discapacidad y el **ser un cuerpo**. (Marcel).

El cuerpo humano en su doble vertiente ha sido y es un gran desconocido, cuando no un gran ultrajado a pesar del hecho somos nuestro cuerpo y nuestro cuerpo es cada uno de nosotros. A veces no nos sentimos como somos y surgen así confrontaciones, unas veces más normales, otras más morbosas, que obligan al clínico a consideraciones éticas complejas y al científico a aceptar una patología de la identidad personal.

El dualismo considera que hay en nosotros dos sustancias una que nos distingue de los demás seres y del resto de los individuos de la especie humana, el alma, vida psíquica, mente o conciencia, y otra más insustancial, el cuerpo. La primera está destinada a dominar a éste, a sobrevivirle tras la muerte cuando éste, ya cadáver destinado a la putrefacción, es sepultado, incinerado o arrojado a la profundidad del mar. Este dualismo pretende, explicar el origen del mal y la actitud para derrotarlo, y lo hace con eficacia. Esta antropología tiene raíces muy antiguas (los Upvanisvads, en los textos órficos, en Platón), es el núcleo del pensamiento gnóstico y la base de la ciencia moderna desde Descartes.

Algunas perspectivas monistas son un dualismo enmascarado o una falacia mereológica, según la cual, el cerebro es consciente, cuando el que es consciente es el sujeto, aunque sin su cerebro no podría serlo, y por eso se propone una nueva perspectiva, monismo quiasmótico o janicular que

considera el valor adaptativo de enfocar la realidad desde dos perspectivas, como universo físico y mundo de relaciones interpersonales.

En las agnosias y en el miembro fantasma existe una confrontación entre el cuerpo objeto y el cuerpo sujeto que ha permitido investigar cómo es la percepción del propio cuerpo y cómo genera el cerebro el esquema y la imagen corporal.

El estudio de la vivencia corporal desde la perspectiva de la fenomenología y de la psiquiatría antropológica permite profundizar en el conocimiento de alteraciones de la experiencia del propio cuerpo en diferentes enfermedades mentales, en especial en aquellas en las que se presenta una confrontación entre cuerpo e identidad personal obliga a considerar el proceso de la identificación individual y una categoría de trastornos de la identidad personal en la que se incluirían el trastorno dismórfico corporal, la eritrofobia, la anorexia nerviosa, el trastorno de identidad de integridad corporal y los de naturaleza sexual (transexualismo, transvestismo no fetichista, trastorno de identidad sexual en la infancia).

### Palabras clave:

Dualismo, Monismo, Agnosia, Miembro fantasma, Cenestesia, Esquema corporal, Imagen corporal, Vivencia corporal, Trastornos de la identidad personal, Trastorno dismórfico corporal, Anorexia nerviosa, Trastorno de la identidad de la integridad personal

*Actas Esp Psiquiatr 2011;39 (Supl. 3):3-118*

## PERCEPTION, EXPERIENCE AND BODY IDENTITY

### Summary

The physician has to know the patient in the disease and not only the disease in the patient, from the dual perspective of the body as object and the body as subject.

### Correspondencia:

Juan José López-Ibor.  
Fundación Juan José López-Ibor  
C/Dr. Juan José López-Ibor, nº2  
28035 Madrid.  
Tlf: +34913739119  
Correo electrónico: secretariat@fundacionlopezibor.es

This also affects the patient who has to cope with the reality of having a body that bursts into the subject's consciousness as a vital threat, as source of discomfort and inability and being a body (Marcel).

The human body in its dual aspect has been and is a great unknown, if not a great outrage in spite of the fact that we are our body and our body is each of us. We sometimes do not feel as we are and thus a confrontation arises, sometimes more normal, others more morbid. This forces the physician to face complex ethics considerations and the scientist to accept a personal identity disorder.

Dualism considers that there are two substances in us, one that distinguishes us from other beings and from the rest of the individuals of the human species, the soul, the psychic life, mind or consciousness, and another more **insubstantial** one, the body. The aim of the first substance is to dominate the body, to survive it after death when it is, already a corpse that will become putrefied, is buried, incinerated or thrown to the depth of the sea. This dualism aims to explain the origin of the evil and the attitude to defeat it and it does so efficiently. This anthropology has very ancient roots (the Upanishads, in the orphic texts, in Plato), it is the core of Gnostic thought and the foundation of the modern science since Descartes.

Some monist perspectives are a masked dualism or a mereologic fallacy, according to which, the brain is conscious, when that what is conscious is the subject, although the subject, with the brain could not be conscious. Therefore, a new perspective is proposed, chiasmatic or janicular monism, that considers the adaptive value of focusing on the reality from two perspectives, as physical universe and the world of interpersonal relationships.

In the agnosias and in the phantom limb there is a confrontation between the body object and the body subject that has made it possible to investigate how the perception of the own body is and how the brain generates the schema and the body image.

The study of the body experience, from the phenomenology and the anthropological psychiatry perspective, has made it possible to go greater in-depth into the knowledge of the alterations of the experience of the own body in different mental diseases, especially in those in which a confrontation between the body and the personal identity arises makes it necessary to consider the process of individual identification and a category of personal identity disorders that would include body dysmorphic disorder, erythrophobia, anorexia nervosa, body integrity identity as well as the gender-type disorders (transsexualism, non-fetishistic transvestism, gender identity disorder during childhood).

#### Key words:

Dualism, Monism, Agnosia, Phantom limb, Cenesthesia, Body schema, Body image, Body experience, Personal identity disorders, Body dysmorphic disorder, Anorexia nervosa, Personal integrity identity disorder

## PRIMERA PARTE: PERSPECTIVAS SOBRE CUERPO HUMANO

### EL CUERPO HUMANO

Las propiedades del cuerpo pueden ser descritas tomando en cuenta distintas dimensiones (consciente-inconsciente, conceptual-no conceptual, dinámica-estática, innata-adquirida, etc.), lo que ha dado lugar a un gran confusión terminológica<sup>3</sup>. En cualquier caso podemos adelantar una conclusión, todas las dimensiones y facetas que se han considerado pertenecen al cuerpo. Unas veces se trata de una visión parcial, otras de un reduccionismo, otras de una distorsión, pero en cada una de ellas subyace un hecho real. El reto es conformar y dar armonía a las mil caras del cuerpo humano.

Kogan<sup>4</sup> considera al cuerpo humano como "*centro ordenador de la totalidad de la experiencia humana*" y Marcel<sup>5</sup>, Merleau-Ponty<sup>6</sup> y Montagu<sup>7</sup>, entre otros, han enumerado sus cualidades. Entre ellas están las que le hacen ser:

1. El armazón del comportamiento, que permite a cada uno adquirir hábitos nuevos, ampliar sus destrezas, capacidades y habilidades<sup>8</sup>, ejercer un dominio sobre él e imponerle una disciplina<sup>9</sup>.
2. La interpretación de sí mismo, teniendo en cuenta que la percepción del cuerpo es diferente según la cultura, el sexo, el género, la edad, la educación, la situación sociopolítica, la actividad y el contexto (no es la misma en la mesa de un despacho que en la arena de una playa). El cuerpo es portador de símbolos que caracterizan a cada cultura<sup>10</sup>.
3. El símbolo de la existencia y vehículo del ser en el mundo, que hace posible la interacción con el mundo circundante y ser la base de la comunicación verbal y no verbal. De acuerdo con Marías mi cuerpo es la manera de estar instalado en el mundo, en la circunstancia<sup>11</sup>: *No conozco otra manera de estar que no sea corpórea, estar es estar corporalmente*<sup>12</sup>.
4. La base del conocimiento de sí mismo, del hecho de aceptarse y estar a gusto consigo mismo. El cuerpo es el núcleo de la identidad personal de uno mismo<sup>13</sup> y por eso se le viste, adorna, disfraza y hasta transforma por medio de la cirugía cosmética<sup>14</sup>; el cuerpo humano se diferencia del resto de los animales o seres por ser más que una mera estructura o "fábrica"<sup>15</sup>; el cuerpo humano es la propia persona de cada ser humano, la conciencia de sí mismo o, en palabras de Zubiri<sup>16</sup>, "*la vivenciación del hacer, sentir, pensar y querer*"; el cuerpo humano es el ser humano, y por tanto, el ser humano es y vive sólo a través de su cuerpo, está *instalado*<sup>17</sup> en él.

5. El portador de los signos que nos permiten captar y generar significados. El cuerpo tiene un significado construido a partir de experiencias sociales, culturales y políticas<sup>18,19</sup> por lo tanto, la imagen del cuerpo conforma la sociedad, la cultura y la política y es fuente de oportunidades y expectativas<sup>20</sup>. Dicho de otra manera, el cuerpo es también un hecho social<sup>21</sup>.

Por otra parte, Ramachandran<sup>22</sup>, desde su perspectiva como neurocientífico, concibe a la imagen corporal como *algo que unifica nuestras diversas impresiones sensoriales y parece perdurar como una única entidad en el tiempo y el espacio, por lo menos hasta su eventual aniquilación en la muerte*.

Pero aun hay más, el cuerpo humano se ha convertido en las sociedades post-modernas en un objeto de culto, de consumo, en una mercancía, la cual está en la base del narcisismo imperante, el cual sería una reacción a desarrollo abrumador de la técnica en todos los dominios y la necesidad individual de compensar un sentimiento de opresión y asfixia, con una llamada a la manifestación de la imagen de uno mismo, aunque no sea más allá de su reflejo en la superficie de aguas tranquilas<sup>23</sup>.

## CUERPO OBJETO Y CUERPO SUJETO

Se ha dicho que el interés por el estudio del cuerpo humano como experiencia personal integral es un fenómeno relativamente reciente<sup>24</sup> y que el primer libro titulado "*El Cuerpo*" fue publicado en 1963<sup>25</sup>. Sin embargo, la antropología enseña que desde tiempos muy antiguos el aspecto del cuerpo, sus atuendos y adornos, los tatuajes y maquillajes, el modo como se le utiliza para diferenciar amigos de enemigos, para establecer una jerarquía entre propios, la manera como es recibido e integrado por la familia y el grupo social, el cuerpecillo de un recién nacido y como es despedido el cadáver tras la muerte, son la base de toda cultura.

Lo que sí parece cierto es que el interés por el cuerpo ha crecido en los últimos decenios, hecho que suele atribuirse a un ansia de liberación de clichés y servidumbres, de sambenitos y otras discriminaciones y a la aspiración de convertir al cuerpo en instrumento para alcanzar, defender o recobrar la propia identidad.

El cuerpo puede ser considerado desde perspectivas muy diversas (espacial, motora, visual, táctil, propioceptiva, emocional, semántica, etc.)<sup>3</sup>. Por lo que a nosotros como médicos concierne, el estudio del cuerpo humano ha sido el eje de nuestra actividad profesional desde que existe el arte de curar.

El cuerpo en medicina puede ser estudiado de varias maneras. En primer lugar está el **cuerpo como realidad objetiva**, que es el que interesa a la anatomía, a la fisiología y en gran medida al quehacer de los clínicos. Las raíces de la

clínica moderna son anatómicas y en consecuencia el principal objetivo de la medicina científica es visualizar el interior del cuerpo humano. Hasta el siglo XVIII la base del conocimiento médico era la patología de los humores pero, desde entonces las enfermedades se vinculan a los órganos<sup>26,27</sup> (por ejemplo, al corazón) y como consecuencia la mayoría de las especialidades médicas se asignan a los mismos (por ejemplo, la cardiología). Nacen así el método anatomo-clínico, que pretende deducir de los síntomas y signos presentes, la naturaleza y ubicación de las alteraciones subyacentes y técnicas complementarias que tratan de hacer visible lo invisible. Esto se consigue unas veces disecando, otras mediante autopsias y otras desarrollando utensilios para hacer que la mirada supere sus propios límites, instrumentos cuya denominación se construye con la desinencia griega *-scopio*, que deriva de *σκοπέω* (*scopeo*), 'mirar'. Las modernas técnicas de imagen permiten un paso más, que es el de ver el cuerpo en acción. El cuerpo como realidad objetiva es lo que Ortega y Gasset describió como **extracuerpo**, el cuerpo que se puede medir, examinar con aparatos, operar bajo anestesia (es decir, alejado de toda conciencia) e incluso convertirlo en donante o receptor de un órgano con ocasión de un trasplante<sup>28</sup>.

Pero al clínico, y no digamos al enfermo, también le concierne el **cuerpo como sujeto**, la experiencia personal de cuerpo, el **intracuerpo**, es decir, experiencia que la enfermedad, y no sólo la enfermedad, altera de modos diversos.

Como en tantas otras ocasiones el estudio de las manifestaciones de las enfermedades permite al médico profundizar en el conocimiento de la naturaleza humana. A lo largo de este libro en más de una vez veremos como el clínico parte desde una posición de ventaja sobre filósofos e investigadores básicos del ámbito de la neurociencia.

## CUERPO, CORPORALIDAD Y CORPOREIDAD

En alemán hay dos palabras, *Körper* y *Leib* que se traducen al castellano por cuerpo, al francés por *corps* y al italiano por *corpo*.

*Körper* es el cuerpo anatómico, el cuerpo como objeto. *Leib* es un vocablo que deriva del verbo *leben* 'vivir'. Se trata pues del cuerpo vivo, animado.

La palabra cuerpo deriva del latín *corpus* cuyo origen indoeuropeo es \**kwrpes*, que aparece en el griego *καρπός* (*karpós*) 'fruto', 'cáscara' (de un fruto) y el sánscrito *garbka* 'embrión'<sup>29</sup>. El *corpus* latino designaba la figura humana, sobre todo el tronco, el cuerpo de una persona y también una colección de hechos o cosas (por ejemplo, *Corpus hippocraticum*). El *karpós* griego se refería a 'fruto' o a 'cáscara' (de un fruto) y también a muñeca (de donde derivan, por ejemplo, carpo, metacarpo) y quizás parte del cuerpo en general. De *karpós* deriva carpelo, el órgano sexual femenino de las plantas fanerógamas que sostiene y protege los óvulos y que en las angiospermas forma el ovario, y su porción apical se prolonga, dando lugar al estilo y al estigma.

El indoeuropeo *krep-1*, *kr•p-* 'cuerpo' 'figura' aparece en algunas lenguas como 'belleza' y está presente en el sánscrito *krp-* 'forma', 'cuerpo', en el avistan *kerefs* con el mismo sentido, en el antiguo inglés (O.E.) *hrif* 'barriga' 'parte baja del abdomen' y en el antiguo alto alemán (O.H.G.) *href* 'barriga', 'útero' e incluso 'diafragma' (que es lo que está en el centro del cuerpo)<sup>29</sup>. El proto-indoeuropeo *\*kwrpes*, se forma a partir de la raíz *\*kwrep-* 'cuerpo', 'forma', 'aparición', a su vez de una raíz verbal que significa aparecer.

Por lo tanto, desde la perspectiva etimológica, la palabra cuerpo es la forma y apariencia del ser vivo, en lo que podríamos llamar su solidez (la masa corporal de un hombre por ejemplo), como contrapuesto a rostro cuya imagen es vehículo de comunicación y portadora de significados. Como hemos mencionado más arriba, lo más probable es que se haya producido un sesgo etimológico por el que la palabra cuerpo ha incorporado, por influencia gnóstica, el significado del griego *karpós* 'cáscara', para asimilar la imagen de *sōma* 'cuerpo' – *sēme* 'sepultura' a través de la metáfora de la cáscara, que es envoltura y cárcel.

Otra palabra que nos concierne es cadáver que proviene del latín *cadavere*, 'caído', 'mortal' y esta del verbo *cadere*, 'caer'. En castellano suele referirse al cuerpo de una persona mientras que sus homónimas en otras lenguas, por ejemplo el alemán *Kadaver* suelen indicar el cuerpo de un animal muerto. La traducción del castellano cadáver al alemán es *Leiche*, que procede de la raíz proto-indoeuropea *lĕg-* 'cuerpo', 'semejante' de donde entre otros derivan el alemán *gleich* 'semejante'<sup>29</sup>.

La noción de un cuerpo vivo (*Leib*) como distinto a un cuerpo objeto (*Körper*) fue introducida por Husserl<sup>30</sup> y casi simultáneamente por Scheler<sup>31-33</sup>. Hasta entonces, en el pensamiento occidental, el cuerpo propio y por ende el de los demás seres humanos, se consideraba un objeto, como el cuerpo de un animal o como cualquier ente del mundo externo, de la misma manera, a la propia persona se le atribuía una naturaleza extracorporal confrontada al propio cuerpo y al de los demás. La fenomenología ha permitido a superar una postura que dejaba al cuerpo en un segundo lugar y, en consecuencia, a la somatofobia subyacente.

En 1974<sup>34</sup> nos inclinamos con López Ibor por distinguir entre **cuerpo** (*Körper*), cuerpo como realidad objetiva y **corporalidad** (*Leib*) como cuerpo vivo, animado<sup>35</sup>. La palabra corporalidad significa calidad de corporal, en el caso del hombre, calidad de cuerpo vivo, calidad de cuerpo animado.

Por aquel tiempo Marias<sup>12, 35</sup> introdujo otro neologismo, **corporeidad**. En aquel momento no hacíamos distinción entre el fenómeno y la vivencia del mismo. Nada más publicar "El Cuerpo y la Corporalidad" nos dimos cuenta que tal distinción podía inducir a un error, el de considerar cuerpo y corporalidad como dos entidades diferentes, el cuerpo cadáver y la corporalidad cotidiana cuando no es así en absoluto. Ya hemos visto como cadáver en alemán es *Leiche* y por

lo tanto *Körper* y *Leib* son la misma realidad contemplada de dos maneras distintas, una *more* anatómico y fisiológico otra *more* personal.

Por lo tanto, la corporalidad en su antiguo sentido no es algo añadido al cuerpo, el *Leib* alemán no es el *Körper* más vida como pretendía el vitalismo tradicional. De no ser así el cuerpo propio convertiría en una realidad objetiva, aunque de tipo psicológico y en consecuencia se añadiría al cuerpo-objeto un presunto cuerpo sujeto, que en realidad sólo sería un objeto psicológico. Esto no dejaría de ser un dualismo refinado, un fruto más de un error categorial, del error en la interpretación de la clase a la que algo pertenece<sup>36</sup>.

## EL CUERPO EN LA CLÍNICA COTIDIANA

La preocupación por el estudio del cuerpo humano y todo lo que concierne a su experiencia ha adquirido en los últimos decenios una gran importancia el campo de las ciencias sociales y humanas<sup>37</sup>, después de haber soportado durante siglos, en especial en el mundo occidental, una suerte de menosprecio asociado a un cierto con recelo. Esta actitud *somatofóbica*, es consecuencia de que el cuerpo es considerado un obstáculo, quizá el mayor, para el desarrollo del ser humano, de cada uno de nosotros y de la humanidad en general, desarrollo considerado desde una perspectiva unilateral y sesgada como racional, objetivador y "científico".

Esta perspectiva no es asumible para la medicina cuyo espacio de acción es precisamente el cuerpo humano más bien desde una *somatofilia*. La lucha de la medicina a favor de la salud y en contra de las enfermedades y sus consecuencias, la invalidez y la muerte y precisamente, la característica y grandeza de la medicina es su perspectiva científico-natural, sin abandonar la relación, personal, médico-enfermo.

El cuerpo humano es el objeto de la mayoría de las intervenciones clínicas. Por eso el arte de la medicina consiste en trasladar a una realidad objetiva los síntomas de los enfermos. Se ha dicho que esto coloca al médico en una posición de privilegio, la que le da su naturaleza de científico<sup>38</sup>, porque su enfoque es objetivo, neutral y veraz. La del enfermo sería, por el contrario subjetiva, distorsionada, sesgada y poco fiable.

El cuerpo es observado e investigado como objeto con los métodos y técnicas tradicionales de la medicina, que van más allá de la mera disección del cadáver y que hoy día permiten visualizar y representar el cúmulo de sus funciones de manera asombrosa. Por otra parte, la otra, la vivencia corporal, se explora mediante la palabra, evocando y analizando la experiencia que de su cuerpo (y a veces también el cuerpo de los otros) tiene el enfermo. La gran aportación de la psicopatología a la clínica es precisamente abordar simultáneamente lo explorado objetivamente por el médico y la captación, de la expresión verbal y no verbal de las vivencias del enfermo, su epifanía.

Por lo tanto hay que tratar de la misma manera con que se trata la información clínica objetiva todo lo referente al mundo de los valores del enfermo<sup>39</sup>. Sin embargo, esto no significa que el clínico no deba analizar las expresiones del enfermo como una fuente más de datos relevantes, sino todo lo contrario. El médico debe de investigar la realidad objetiva del cuerpo del enfermo siguiendo los principios del método de las ciencias de la naturaleza, desde la búsqueda de la generalidad de la ley y considerar la naturaleza personal del cuerpo desde la perspectiva de las ciencias históricas, es decir, buscando la singularidad de la persona. Parafraseando a Marañón, se trata de aprender a ver al enfermo en la enfermedad y no sólo a la enfermedad en el enfermo o, como dijo López Ibor "el médico no debe olvidar que lo que está enfermo es el hombre"<sup>40</sup>.

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

Ludwig Krehl, el fundador de la escuela médica de Heidelberg publicó en 1929 su lección jubilar con el título *Forma morbosa y personalidad*<sup>41</sup>. En un momento determinado, ya en la mitad de su vida, Krehl se había dado cuenta de que la línea de investigación que llevaba en su clínica era insuficiente para la comprensión del ser humano enfermo y que la medicina como ciencia natural tiene una base fisicoquímica y una base fisiológica absolutamente imprescindibles e inevitables, pero reducir la medicina sólo a esto es cometer una falta grave, puesto que se escapan muchos aspectos de enfermedad, y sobre todo numerosos aspectos de los enfermos. Por eso afirmó que era necesario introducir un nuevo principio en el arte de la medicina, que procedería de las ciencias culturales e históricas, el estudio de la personalidad.

## PERSPECTIVAS DUALISTAS Y MONISTAS

La perspectiva dualista es ingenua en su cotidianidad. Basta con mirar a nuestro alrededor y comprobar que, por una parte, está poblado por seres como nosotros, racionales, libres, que se emocionan, ríen y lloran, nos ayudan o nos agreden. Al lado de estos seres humanos hay una cantidad ingente de objetos inanimados, que simplemente están, que utilizamos o no, inaccesibles a una relación personal mutua. Lo inmediato es pensar que son de naturaleza diferentes, la de unos sujeta a nacer, reproducirse y morir, la de los otros imperecedera, sujeta a un devenir marcado

por lo que el paso del tiempo va erosionando, en definitiva, destruyendo.

## Sôma y sême

Platón pasa por ser el introductor y gran forjador del dualismo en la filosofía. Para él la unión del alma racional con el cuerpo no es una unión necesaria, sino una **unión accidental**, como la del piloto con su nave o la del jinete con su caballo.

En el Crátilo, en el Gorgias<sup>42</sup> y en el Fedón<sup>43</sup> Platón considera al cuerpo como la sepultura del alma, hecho que viene expresado con las palabras *sôma* y *sême* (o *sêma*), respectivamente cuerpo y sepultura. De primero de los Diálogos mencionados son los párrafos siguientes:

*Sócrates: ¿Te refieres al "cuerpo" (sôma)?*

*Hermógenes: Sí.*

*Sócrates: Este, desde luego, me parece complicado; y mucho, aunque se le varíe poco. En efecto, hay quienes dicen que es la "tumba" (sêma) del alma, como si ésta estuviera enterrada en la actualidad. Y, dado que, a su vez, el alma manifiesta lo que manifiesta a través de éste, también se la llama justamente "signo" (sêma).*

*Sin embargo, creo que fueron Orfeo y los suyos quienes pusieron este nombre, sobre todo en la idea de que el alma expía las culpas que expía y de que tiene al cuerpo como recinto en el que "resguardarse" (sōizētai) bajo la forma de prisión. Así pues, éste es el sôma (prisión) del alma, tal como se le nombra, mientras ésta expía sus culpas; y no hay que cambiar ni una letra.*

Por lo tanto, el cuerpo en tanto que sepultura es la prisión del alma que ha de cumplir castigo por una falta cometida en el mundo inteligible del que procede y al que por naturaleza pertenece. La unión al cuerpo hace que el alma se encuentre como embriagada<sup>44</sup>, enajenada y por eso intenta desesperadamente separarse de él para alcanzar el bien y la verdad. De allí la necesidad de un ascetismo para someter al cuerpo a los derroteros marcados por el alma, que a su vez tendrá que purificarse para liberarse de los estigmas de una carga tan pesada, de ese cuerpo del cual es prisionera, para habitar de nuevo el mundo inteligible<sup>45, 46</sup>. La purificación se alcanza volviendo a conocer las ideas que habrían sido olvidadas al unirse con el cuerpo. Si el alma no hubiera logrado purificarse antes de morir el cuerpo, se vería obligada a vagar sin rumbo o a reencarnarse en otros cuerpos (de eso se trata la transmigración de las almas o metempsicosis) tantas veces como fuere necesario. Sólo la diosa Perséfone (literalmente 'la que conduce a la muerte') está en condiciones de admitir una expiación que permitiría eximir al alma de una reencarnación tras otra. Llegado ese momento, es cuando el alma estaría en condiciones de llevar una vida feliz en el Hades, participando en el permanente banquete de los justos.

El griego clásico σῶμα (*sōma*) es el cuerpo entero de un animal. La palabra deriva del indoeuropeo \**twōmn*, 'algo compacto' 'macizo' y de \**tēu-* o \**teuā-* 'hinchar' 'grueso'. De estas palabras también deriva el griego σῶρος (*sōros*) 'mon-tón' 'urna', 'ataúd' y el latín *tumor* o el inglés *thigh* 'muslo'<sup>29</sup>.

*Sême* (o *sêma*) deriva del indoeuropeo dor.sa~ma<sup>47</sup> que significa además de tumba, 'signo', 'símbolo', 'señal' o 'marca', Del vocablo *sêma* deriva *sêmainein*, 'significar' y el sustantivo *sêmeion*, 'signo', 'señal', de donde proceden, entre muchos otros términos, semiología y semiótica. Se trata de palabras relacionadas con la raíz proto-indoeuropea \**dhya-*, que aparece en el sánscrito *dhyañti*, 'él piensa' y que probablemente su sentido básico es 'actividad mental'. El sufijo *-ma* se refiere a lo que es consecuencia de esta actividad y por eso *sêma* tiene varios significados: señal, signo, monumento funerario y carácter gráfico<sup>48, 49</sup>.

Sin embargo, el paralelismo fonético y etimológico señalado por Platón es erróneo. Σῶμα (*sōma*), genitivo σώματος (*sómatos*), 'cadáver' σῆμα (*sêma*), genitivo σήματος (*sêmatos*) son de raíz diferente porque es muy probable que los primeros deriven de σῆμα (*sêma*) 'signo', ya que este está emparentado con el cananita *sêm* 'nombre', 'signo'<sup>50</sup>.

En cuanto a *sōizētai* 'resguardarse', se trata este de un vocablo relacionado con el verbo σώζω (*sōizō* o *sozo*) 'salvar', 'guardar de modo seguro y prudente', 'rescatar de un peligro o destrucción', 'salvar a alguien de un peligro', 'restaurar la salud'<sup>51</sup>, 'cadáver', a su vez de σωή (*swē*) 'seguro', 'fuera de peligro'<sup>29</sup>. En algunos textos aparece con el significado de todo aquello que se recobra después del combate y que tiene en la Biblia el sentido de ser rescatado de un peligro o desastre, de ser salvado.

La etimología de *psyche* es más simple. Deriva del griego ψυχή (*psychē*), 'alma', 'espíritu', 'soplo vital', el principio invisible que anima, ocupa y dirige el cuerpo. La palabra se relaciona *psykhein*, 'soplar', del proto-indoeuropeo \**bhes-* 'soplar', ud-, 'arriba' y kei-3 'poner en movimiento'<sup>29</sup> y relacionada con el egipcio faraónico *ps* 'el' y *šw(t)* 'sombra', 'lado oscuro de un ser humano', 'espíritu divino'<sup>50</sup>.

Cuenta Apuleyo en su *Metamorfosis* o *El Asno de Oro*<sup>52</sup>, que Psique era la menor y más hermosa de tres hermanas, hijas de un rey de Anatolia, tanto que provocó grandes celos en Afrodita. La diosa ideó una estratagema para anular el riesgo que suponía la belleza de Psique: envió a su hijo Eros para que le lanzara una flecha de oro oxidado, lo cual haría que se enamorara del hombre más feo y ruin que existiera. Sin embargo, Eros no pudo escapar a los encantos de Psique, se enamoró de ella, disparó la flecha al mar y cuando ella se durmió, se la llevó volando hasta su palacio.

Eros, temeroso con razón de la ira de su madre Afrodita, hizo todo lo posible por mantener su anonimato con Psique. La visitaba siempre de noche y la prohibía preguntar por su identidad. Una noche, Psique contó a su amado que echaba

de menos a sus hermanas y quería verlas, a lo que Eros no supo como negarse. Las hermanas, poseídas por la envidia, preguntaron por la identidad del amante y convencieron a Psique que a media noche encendiera una lámpara para poder ver a su amado, cosa que llevó a cabo, con tan mala fortuna que una gota de aceite caliente cayó sobre Eros que no tuvo más remedio que abandonar a su amada. A partir de ahí se suceden una serie de episodios en los que Afrodita impone a Psique tareas imposibles, entre otras descender al Hades y lograr que Perséfone recuperara un poco de su belleza para proporcionársela a Eros que había perdido parte de la suya como consecuencia de su disgusto por el proceder de su amada. En otras versiones Psique aparece como el ser alado que abandona el cuerpo en el momento de la muerte, la personificación del último aliento, por eso en griego *psyche* es alma y también mariposa.

Toda esta excursión por la etimología lleva a considerar que el alma se manifiesta a través de un signo, el cuerpo. Por lo tanto, la noción del Crátilo de cuerpo como equivalente a sepultura se enriquece en los textos posteriores en los que el cuerpo es también lugar seguro, vehículo de salvación y manifestación del alma. Dicho de otra manera, el cuerpo tiene en los textos de Platón tres significados: 1) prisión o sepultura del alma; 2) el recinto que permite al alma mantenerse sana y salva y 3) signo o manifestación de la misma<sup>53</sup>. La versión del *sême* como sepultura es la que arraigó en el gnosticismo por su similitud fonética con *sōma*, a pesar de que no es del todo correcta desde el punto de vista etimológico.

La noción de una alma prisionera del cuerpo la tomó Platón de mito de Orfeo<sup>54</sup>, de acuerdo con el cual los Titanes asesinaron y luego devoraron a Dionisos por lo que fueron fulminados por Zeus. De sus cenizas nacieron los seres humanos, de forma que tenemos en nosotros una parte positiva, dionisiaca, que procede del dios ingerido y otra maligna, soberbia y violenta, la titánica. La purificación y diversos ritos permiten al alma ir desembarazándose de la parte perversa para reintegrarse en la divinidad.

Estas nociones de Platón son el sostén de una antropología que llega hasta la actualidad, que ha incorporado el gnosticismo y a algunas distorsiones del cristianismo. Sin embargo, es posible analizar las raíces antiguas de la concepción de Platón. En concreto y por ejemplo, la idea central de los Upanishads en la antigua India es que existe una jerarquía de mundos (*loka*): 1) el *bhūr-loka*, que es el mundo sensible, al que pertenece el cuerpo; 2) el *bhuvar-loka*, que es el mundo de los intermediarios, espíritus, genios o ángeles, que cuentan con mayores prestaciones que el cuerpo (son más longevos, se desplazan a gran velocidad, etc.); 3), el *svar-loka* o *svarga-loka*, el mundo de los dioses, de la luz y de la beatitud, el cielo o *Para-deça* 'el otro país', de donde derivan las palabras hebrea *pardes*, griega *paradeison* y la nuestra paraíso; 4), el *Brahma-loka* o mundo de Brahma, más allá de toda definición, del tiempo y del espacio, del ser y el no-ser, que carece de límites y que a diferencia de los otros tres

es permanente. Es el mundo ideal que deben alcanzar los iniciados y es aquel al que pertenece el alma, presa en una jaula, el *sême*.

De la misma manera, la gnosis concebía al ser humano como integrado por dos naturalezas, y a través de esta corriente filosófica y teológica el dualismo ha penetrado en el pensamiento occidental y de hecho está en la profundidad de la concepción del psicoanálisis y de la ciencia moderna de la naturaleza humana<sup>55</sup>.

La finalidad última del dualismo es explicar el destino ulterior del alma, y por lo tanto de nosotros mismos. El futuro del cuerpo es evidente, ser sepultado, mientras que el destino del alma inmortal puede ser bien vagar en otros nuevos recintos para recuperar su puesto en el mundo de las esencias, ir a parar al Hades donde tiene lugar un banquete eterno, o volver al infierno del Tártaro.

El dualismo lleva asociada una somatofobia y estigmatización del cuerpo humano. Así, en Platón encontramos: "*El hombre es su alma*"<sup>56, 57</sup> o "*de todas cuantas cosas tiene el hombre, su alma es la más próxima a los dioses y su propiedad más divina y verdadera*"<sup>58</sup>. En palabras de La Vulgata: *in sudore vultus tui vesceris pane donec revertaris in terram de qua sumptus es quia pulvis es et in pulverem reverteris* (con el sudor de tu frente comerás el pan hasta que vuelvas a la tierra, porque polvo eres y al polvo volverás)<sup>59</sup>. Desde esta perspectiva dualista y somatófoba, el cuerpo ha sido condenado, "justamente condenado" a convertirse en un simple cadáver, a ser una cosa más entre las cosas<sup>60</sup>.

El cuerpo ha sido ignorado, cuando no denigrado o sometido a castigos humillantes porque no tiene cabida en una antropología construida desde la racionalidad, por no jugar ningún papel en el razonamiento<sup>61</sup>. Esta actitud está claramente presente en Platón.

Pero al mismo tiempo, la fuerza y vigencia del dualismo viene del hecho que es una interpretación eficaz de lo que se ha llamado el problema nuclear de las ciencias sociales, y no sólo de ellas: la existencia del mal<sup>62</sup>, considerando que una naturaleza, que es el mal, no tiene que prevalecer sobre otra, el bien. El siguiente texto gnóstico lo explica claramente:

*El Cristo vino para redimir el alma humana enterrada en la materia, comunicó a las almas la gnosis ('el conocimiento') de su verdadero origen, y les enseñó y mostró la manera y el camino de liberarse de la cárcel de la materia, para volver a la Luz, a la Casa del Padre, a su origen puramente espiritual*

## El dualismo cartesiano

El dualismo está en la raíz de la concepción cartesiana de la condición humana<sup>63</sup>.

Descartes considera que todo el conocimiento que él había ido adquiriendo le había sido impuesto a lo largo de su educación y decide sustituirlo por otro nuevo cuya base es la razón. Para eso tuvo que buscar un método, que en él debería ser a la vez filosófico, lógico y matemático, que encontró en la duda sistemática, la cual le permitiría llegar a un postulado inicial el cual no puede ponerse en tela de juicio y desde él alcanzar todas las verdades cuyo conocimiento es posible. Ese postulado inicial, que resiste toda duda es "pienso, luego soy" (o mejor "pienso, por lo tanto soy"):

*Pero enseguida advertí que mientras de este modo quería pensar que todo era falso, era necesario que yo, que lo pensaba, fuese algo. Y notando que esta verdad: yo pienso, luego soy era tan firme y cierta, que no podían quebrantarla ni las más extravagantes suposiciones de los escépticos, juzgué que podía admitirla, sin escrúpulo, como el primer principio de la filosofía que estaba buscando*<sup>63</sup>.

A partir de este postulado Descartes considera tres sustancias, que son aquellas que no necesitan de ninguna otra cosa para existir:

*Por substancia no podemos entender ninguna otra cosa sino la que existe de tal manera que no necesita de ninguna otra cosa para existir. Y, en verdad, substancia que no necesite en absoluto de ninguna otra sólo puede concebirse una: Dios*<sup>64</sup>.

La primera es una auténtica sustancia, la *res infinita*, la sustancia perfecta que es Dios. Las otras dos son imperfectas ya que necesitan de Dios, y sólo de Él, para existir, la *res cogitans* y la *res extensa*.

La *res cogitans* es la sustancia racional, la sustancia espiritual, el alma, cuyo atributo esencial es el pensamiento. La *res extensa* es la sustancia corpórea, procede sensaciones exteriores al cuerpo. Su atributo esencial es la extensión.

Las primeras preocupaciones de Descartes son en extremo dualistas, en ellas reserva al alma las facultades de la nutrición, del movimiento, de la sensibilidad y del pensamiento:

*Me fijaba primero, en que yo tenía un rostro, manos, brazos, y toda esa máquina de huesos y carne, tal y como aparece en un cadáver, a la que designaba con el nombre de cuerpo. Tras eso, reparaba en que me nutría, y andaba y sentía, y pensaba, y refería todas esas acciones al alma (...). En lo tocante al cuerpo, no dudaba en absoluto de su naturaleza, pues pensaba conocerla muy distintamente, y de querer explicarla según las nociones que entonces tenía, la hubiera descrito así: entiendo por cuerpo todo aquello que puede estar delimitado por una figura, estar situado en un lugar y llenar un espacio de suerte que todo otro cuerpo quede excluido; todo aquello que puede ser sentido por el tacto, la vista, el oído, el gusto, o el olfato.*<sup>64</sup>

Y, a partir de este punto, establece su dualismo de un modo radical:

*Puesto que de un lado tengo idea clara y distinta de mí mismo, en tanto que soy solamente una cosa pensante y no extensa, y, de otro lado, tengo una idea distinta del cuerpo, en tanto que es sólo una cosa extensa y no pensante, es cierto que yo, es decir, mi alma, por la que soy lo que soy, es entera y verdaderamente distinta de mi cuerpo y que puede ser o existir sin él<sup>64</sup>.*

Hay tres problemas fundamentales en el dualismo cartesiano:

1. Al concebir una **res extensa** (naturaleza medible) separada de una **res cogitans** (naturaleza racional) resulta imposible considerar los aspectos más mensurables de la actividad psíquica y los más psicológicos del cuerpo. De hecho el filósofo Dilthey estableció la diferencia entre ciencias de la naturaleza, experimentales y ciencias del espíritu, históricas o culturales<sup>65</sup>. Bunge<sup>66</sup> es otro de los críticos del dualismo al afirmar que es un error hablar del problema forma-cuerpo o del problema movimiento-cuerpo o del problema metabolismo-cuerpo: en todos estos casos se presuponen dicotomías fuera de la realidad.
2. Al dar primacía al **cogito** en el **cogito ergo sum** corre el riesgo de desterrar de la naturaleza humana a los niños que no razonan, a los dementes que han perdido esta capacidad y a los delirantes cuya razón está al margen de la de la mayoría de los mortales.
3. El *je pense, donc je suis* de Descartes se tradujo al latín como *cogito ergo sum*, pensamiento que ya había sido anticipado por San Agustín: *ego cogito, ergo sum*<sup>67</sup>. La duda metodológica del cartesianismo lleva a la conclusión que si pienso es porque dudo y si existo es porque pienso. La pregunta sobre el yo que duda, piensa y existe y sobre aquello que duda y piensa ha sido muchas veces interpretada desde la perspectiva de su dualismo. Hay un yo que existe y un pensamiento que también tiene existencia, independiente del yo. Por eso el yo cartesiano queda escamoteado tras la duda y el pensamiento. Si decimos que se trata de **mi** pensamiento de la misma manera que son mías unas cuantas cosas del mundo, enseguida caeremos en la cuenta que la relación no es la misma. Las cosas existen en sí mismas incluso antes de ser poseídas por mí, pero mis pensamientos no existen sin mí. La misma argumentación puede hacerse respecto del propio cuerpo, precisamente porque es **propio**, me pertenece a mí.

Para Descartes se trata de un problema metodológico, como reza el título original de su libro<sup>63</sup>: *Le Discours de la méthode. Pour bien conduire sa raison, et chercher la vérité dans les sciences*, y el hecho que en sus primeras ediciones sirviera de introducción a tres tratados científicos: *La Dioptrique*, *Les Météores* y *La Géométrie*. Por eso Descartes es menos radical de lo que se ha querido ver después, y también más contradictorio. Por ejemplo, la quinta parte de su *Discours* termina

con un párrafo que por una parte niega la metáfora del piloto y la nave pero por otro afirma la inmortalidad del alma humana, diferente de la de las moscas y hormigas, para poder sostener la existencia de Dios. Por lo tanto para el Descartes científico el alma está estrechamente unida al cuerpo humano para poder tener sentimientos y apetitos para componer un verdadero hombre y por otro, para el Descartes, hijo de la larga tradición dualista, que se había infiltrado también en el pensamiento cristiano, la existencia de Dios hace necesaria un alma inmortal y por lo tanto capaz de vivir independiente del cuerpo humano y sobrevivir al cadáver. El dualismo gnóstico ha penetrado en la doctrina cristiana en más de una ocasión, sobre todo en lo que tiene que ver con la "educación de las almas". Es posible que la educación que Descartes recibió de los jesuitas tuviera algo que ver con ello. Al fin y al cabo, los Ejercicios Espirituales de San Ignacio de Loyola fueron así considerados por su autor: "...se entiende todo modo de examinar la conciencia, de meditar, de razonar, de contemplar; todo modo de preparar y disponer el alma, para quitar todas las afecciones desordenadas (apegos, egoísmos,...) con el fin de buscar y hallar la voluntad divina". En contra de esta perspectiva están las palabras del Credo en sus diversas versiones (Nicea-Constantinopla<sup>68, 69</sup>, de los Apóstoles, etc.), que no hablan de la inmortalidad del alma, sino de "*Expectamus resurrectionem mortuorum, et vitam venturi saeculi*" y que la "resurrección de la carne" está recogida en la Epístola a los Romanos (8, 11) "*Cristo dará nueva vida a sus cuerpos mortales*". Todo ello se engarza en el largo proceso relatado a lo largo del Antiguo Testamento y que cobra su pleno sentido en el Nuevo según el cual el *logos* divino se encarna en un momento de la historia en "el hijo del hombre"<sup>68</sup>. El texto referido de Descartes es el siguiente:

*Después de todo esto, había yo descrito el alma razonable y mostrado que en manera alguna puede seguirse de la potencia de la materia, como las otras cosas de que he hablado, sino que ha de ser expresamente creada; y no basta que esté alojada en el cuerpo humano, como un piloto en su navío, a no ser acaso para mover sus miembros, sino que es necesario que esté junta y unida al cuerpo más estrechamente, para tener sentimientos y apetitos semejantes a los nuestros y componer, así un hombre verdadero. Por lo demás, me he extendido aquí un tanto sobre el tema del alma, porque es de los más importantes; que, después del error de los que niegan a Dios, error que pienso haber refutado bastante en lo que precede, no hay nada que más aparte a los espíritus endebles del recto camino de la virtud, que el imaginar que el alma de los animales es de la misma naturaleza que la nuestra, y que, por consiguiente, nada hemos de temer ni esperar tras esta vida, como nada temen ni esperan las moscas y las hormigas; mientras que si sabemos cuán diferentes somos de los animales, entenderemos mucho mejor las razones que prueban que nuestra alma es de naturaleza enteramente independiente del cuerpo, y, por consiguiente, que no está sujeta a morir con él; y puesto que no vemos otras causas que la destruyan, nos inclinaremos naturalmente a juzgar que es inmortal.*



## El desmoronamiento del dualismo

Para Runge<sup>70</sup> el dualismo cartesiano comienza a resquebrajarse con Rousseau, y el cuerpo deja de estar neutralizada y reducida a un objeto entre otros (materialismo) y el espíritu pensante deja de estar al margen de un necesario sustrato corporal y material (espiritualismo)<sup>60</sup>. El pensamiento de Rousseau está anclado en su propia experiencia personal ciertamente angustiada y en su capacidad para hacer frente al desasosiego de su situación y de su condición humana, que anticipa textos de Kierkegaard<sup>71</sup>, Nietzsche<sup>72</sup>, Heidegger<sup>73</sup> o Sartre<sup>74</sup>, por ejemplo.

Runge coincide con Starobinski<sup>75</sup> en no caer en la tentación de tantos otros de analizar la compleja personalidad de Rousseau y la de considerar sus puntos de vista sobre el cuerpo desde su homosexualidad y sus pretendidos masoquismo y narcisismo y de la expresión de mecanismos de regresión y reacciones de conversión neuróticas. En Rousseau aparece clara la voluntad de identificarse con su realidad corporal, de asumir su experiencia personal como una única naturaleza, para superar el cartesianismo dominante y la tentación de considerar en sí mismo dos entidades moralmente opuestas, un alma racional fuente del bien, un cuerpo mortal origen del mal. Nietzsche<sup>76</sup> se refirió a lo mismo de la siguiente manera:

*Hombres como Rousseau saben utilizar sus debilidades, vacíos y vicios, en cierto modo, como abono de su talento. Si aquél se queja de la depravación y degeneración de la sociedad en tanto consecuencia molesta de la cultura, es porque acá en el fondo yace una experiencia personal; la amargura de esta última es la que le da a él la agudeza de su condena general y la que envenena las flechas con las que él dispara; ante todo él se exonera como individuo y piensa en buscar un remedio que, de un modo directo, sea de provecho para la sociedad, pero que, de un modo indirecto y por medio de ésta, también sea para su propio provecho.*

No debe pasar inadvertido el hecho que el "je pense donc je suis" de Descartes lo transforme Rousseau en un "je pense donc j'existe", que anticipa los postulados clave del pensamiento de Heidegger, subraya la primacía, la atalaya desde la cual contemplar el hecho de la existencia encarnada, concreta, fungiente y sentiente, por encima de una razón etérea y un cuerpo que terminará por ser sepultado. Por otra parte, el *cogito ergo sum*, el postulado del edificio cartesiano deja fuera de las paredes de este lo que no se manifieste *cogitans*. Ya hemos manifestado que aquellos que no "piensan", por ejemplo, niños y dementes pueden ser considerados, desde la perspectiva cartesiana, como menos humanos y lo mismo cabe decir para los que piensan de otro modo, para los que son de otra manera. En lo que se refiere al cuerpo, *res extensa*, mensurable pero no racional, es Rousseau el que le eleva a la dignidad de lo humano, y abre el camino a la concepción de un cuerpo sentiente, desarrollada entre otros por Merleau-Ponty<sup>77</sup>.

El dualismo tradicional no tiene cabida en la actual filosofía de la mente, si bien ha sido sustituido en ocasiones por otras formas de dualismo, dualismo de atributos o metodológicos<sup>78</sup>. Los trabajos sobre inteligencia artificial trajeron consigo un dualismo llamado funcional por su relación con el funcionalismo de Putnam<sup>79</sup>, que considera los procesos mentales internos como estados funcionales del cerebro. Así, por ejemplo, el dolor no es un estado físico-químico del cerebro o del sistema nervioso, sino un estado funcional del organismo tomado en su totalidad. De este modo, los fenómenos mentales son estados funcionales del organismo y no es posible conocerlos estudiando procesos parciales en los que están implicados, como los procesos cerebrales. Así la mente sería el *software* y el cerebro el *hardware* y la hipótesis de que los estados mentales emergen de un sustrato biológico en un momento de la evolución ha dado lugar al dualismo de propiedades físicas o dualismo de lo biológico<sup>80</sup> de acuerdo con el cual la propiedad de lo mental surge sólo en los seres biológicos, como los seres humanos y otros animales superiores y no, por ejemplo, a partir de máquinas, por muy sofisticadas que sean.

## Perspectivas monistas

La postura que se opone al dualismo es el monismo. Sin embargo, como el monismo tiene que explicar algo que va en contra del sentido común ¿cómo es posible que dos realidades tan distintas sean una sola? Y como esa pregunta tiene respuestas diferentes es posible hablar de varios monismos, en plural.

Hay dos posturas extremas, las cuales niegan una de las dos realidades para sumirla en la otra: el idealismo y el materialismo. De acuerdo con la primera, el cuerpo humano esta reducido a un objeto entre otros y el espíritu pensante deja de estar al margen de un necesario sustrato corporal y material, tendencias respectivamente *naturalizadora* y *espiritualizadora*<sup>60</sup>, si bien, el rechazo mutuo no resuelve el problema de por qué se nos aparecen ambas y distintas.

El idealismo niega la materia y considera la realidad como una ilusión, como un sueño como en el monólogo de Segismundo<sup>81</sup>:

*¿Qué es la vida? Un frenesí. / ¿Qué es la vida? / Una ilusión, una sombra, una ficción, / y el mayor bien es pequeño; / que toda la vida es sueño, / y los sueños, sueños son.*

Existen una serie de autores que justifican las teorías monistas como la única vía para entender las funciones mentales, estas teorías básicamente niegan la existencia de la mente como una realidad distinta del cerebro, tratan de explicar los fenómenos mentales en términos físicos o biológicos, justifican la dificultad de explicación científica como consecuencia de la insuficiencia de nuestros conocimientos actuales sobre los procesos cerebrales y consideran que el desarrollo científico futuro permitirá reducir los fenómenos mentales a fenómenos puramente físicos o biológicos cerebrales. Dentro de

esta escuela de pensamiento monista se aglutinan la mayoría de los esfuerzos científicos para estudiar la mente humana.

Para el materialismo, las conquistas de la investigación y el enriquecimiento del conocimiento acabarán por demostrar con métodos empíricos lo que aún consideramos como actividad mental o procesos psicológicos. El gran avance de las ciencias de la naturaleza, que invaden crecientemente el ámbito de las humanidades parece apoyar esta perspectiva vinculada a la creencia en un progreso indefinido. La ciencia moderna ha desarrollado técnicas eficaces para el estudio de los objetos materiales y la gran discusión es la de saber si estos métodos empíricos alcanzan a dar respuesta a los fenómenos más humanos.

En este contexto, la corriente imperante en la filosofía y en la neurociencia actuales tiende hacia un reduccionismo metodológico, que pretende, entre otras cosas sustituir el lenguaje psicológico tradicional por otro más de acuerdo con la biología y sobre todo con el evolucionismo. La continuidad de materia inerte y realidad humana es un postulado fundamental del evolucionismo en el que la mente humana es una etapa más, que emerge en un momento dado de la evolución de los seres vivos, ya fue anticipada en el diálogo entre Diderot y d'Alembert<sup>82</sup>, en el que el primero dice:

*¿Quiere Vd. que una estatua esté dotada de sensaciones? Es muy fácil: la tritura en pequeñas piezas, a continuación mezcla el resultado con la tierra sobre la cual hará Vd. que crezcan plantas que luego se comerá. De esta forma la estatua pasa a formar parte de su cuerpo y se dota de todo aquello que la "materia inerte" está desprovista, sensaciones, pensamientos, etc.*

Entre los grandes autores del reduccionismo se encuentra Churchland<sup>83</sup>, quien parte de la idea de que las actividades cognitivas son en última instancia actividades del sistema nervioso y en su teoría radical monista llega a eliminar los estados mentales y deja sólo los biológicos. La forma extrema del reduccionismo al que se ha llamado **eliminativismo**<sup>84-85</sup>. Refiriéndose al lenguaje de la psicología dice Churchland<sup>83</sup>: "A la larga, en la ciencia, en los laboratorios, dejaremos de usar ese vocabulario de creencias y deseos. Podemos seguir usándolo en el mercado y en la mesa del comedor".

Esta es la postura radical de Crick que se ha expresado así:

*La ciencia le ha demostrado a Vd. que "Vd.", sus alegrías y sus penas, sus recuerdos y sus ambiciones, su sentido de identidad y de libertad son, de hecho, nada más que el comportamiento de un amplio conjunto de células nerviosas y sus moléculas asociadas. Parafraseando a la Alicia de Lewis Carroll, "Vd. no es más que un manojo de neuronas; y el mecanismo es lo que importa; el resto no son más que juegos de palabras"*<sup>86</sup>.

Sin embargo, son muchos los que no se resignan a que, por ejemplo, el pensamiento no sea nada más que

una emanación del cerebro<sup>87</sup>, una máquina de computar. Sin ir más lejos, basta con considerar el modo como sustancias a nuestro alcance modifican los estados anímicos y la senso-percepción de individuos, sustancias a las que llamamos psicotropas o psicoactivas. Sin embargo, para aceptar una perspectiva materialista en ese sentido es necesario, ante todo, definir que es la materia y que es una emanación<sup>88</sup> y como se forma esta o si la emanación es algo pasivo, como el vapor de un geiser, o activo como la seda del gusano.

La física fundamental no es capaz de definir la materia. Lo que hace es describir nociones abstractas tales como fuerzas instantáneas que actúan a distancia (en la teoría de la gravitación de Newton), campos que se propagan en el vacío (en el electromagnetismo), un espacio-tiempo curvo (en la relatividad general) y otras análogas que si bien están definidas matemáticamente, chocan con la realidad que cotidianamente experimentamos<sup>88</sup>.

La discusión monista sobre la conciencia parece no tener fin y se han propuesto teorías o modelos diferentes:

1. La conciencia es una propiedad emergente de la complejidad creciente del cerebro, pero como existen lesiones cerebrales que reducen dicha complejidad y no alteran la conciencia. Por lo tanto no puede deducirse que el hecho de aumentar la complejidad debe generar la conciencia<sup>89</sup>.
2. Existe una región particular, todavía no identificada, que actúa como "el centro de conciencia", que vendría a ser el "cuello de botella" que ha de atravesar toda conducta consciente. Así, la conciencia ha sido asociada con el lóbulo frontal<sup>90</sup>, pero otras investigaciones dan una enorme importancia a los núcleos reticulares del tálamo, responsables de la atención<sup>91</sup> y a las dendritas apicales de los circuitos tálamo-corticales<sup>92</sup>. Sin embargo, estamos aún lejos de poder localizar la conciencia en uno u otro hemisferio, o en ambos, de determinar el papel de las estructuras de conexión interhemisférica, de identificar centros específicos de la misma o por el contrario de redes neuronales distribuidas<sup>93</sup>. A pesar de todo, estudios recientes de conectividad neuronal han identificado áreas cerebrales que actuarían como centro de comunicaciones (*hub*) para la información neuronal<sup>94,95</sup>.
3. Existiría alguna clase de ligazón (*binding*) temporal que serviría para unir las regiones cerebrales necesarias para crear una experiencia perceptiva consciente, lo que situaría la conciencia más en un proceso temporal que en lugar del espacio cerebral propiamente dicho<sup>96,97</sup>.

Si bien puede aceptarse que la realidad es indivisible en sustancias o naturalezas distintas, mente y cerebro por ejemplo, no es posible asignar toda ella a puros fenómenos materiales, entre otras cosas porque, como hemos visto más arriba, la física no es capaz de proporcionar una definición aceptable de lo que es materia.

Cabe añadir que con demasiada frecuencia algunos neurocientíficos han desbordado llenos de osadía los límites de su ciencia para pronunciarse literalmente sobre lo divino y lo humano. La consecuencia es que el ser humano tiene un número infinito de "cerebros": emocional, social, ético, moral, amoroso, rosa o azul<sup>98</sup>, religioso, predador, etc., capaces de decidir, amar, agredir, o simplemente enternecerse. Cualquiera comprende que no es posible afirmar que el estómago es un órgano que cuando tiene hambre, se alimenta. El que siente el hambre y el que se alimenta es un individuo el cual, al hacerlo, está también proporcionando nutrientes a las paredes gástricas y sin duda, sin ellas se alimentaría peor. De la misma manera podemos afirmar que el cerebro ni piensa ni razona, ni tiene conciencia, no siente ni padece, no se emociona ni tiene sentimientos, no ama ni reza, no ve ni oye, es mudo, carece de inclinaciones homosexuales o heterosexuales, de un estilo de vida propio y de identidad y no forma parte de un grupo social. Ninguna de estas expresiones se pueden aplicar al cerebro, pertenecen al sujeto que, insistimos, no podría llevarlas a cabo, ni tampoco otra acción cualquiera, sin su propio cuerpo, del que el cerebro y sus células y conexiones, forma parte y al que el resto de los órganos mantiene con vida. En consecuencia, es necesario descartar de una vez por todas expresiones como que tal grupo neuronal decide, recuerda, ve o escucha. El que toma decisiones, rememora o contempla es el sujeto, una persona. Las expresiones citadas siempre nos han parecido abusos o el confundir metáfora con realidad. Creemos que en este punto hay que ser rigurosos y que no hay que dejarse llevar por la pequeña ambición de explicar al mundo desde la neurociencia lo que es el abanico de las características de la condición humana.

En la misma línea de no confundir *pars pro toto*, Bennett y Hacker<sup>99</sup> han cuestionado el intento de apropiación por parte del cerebro de aspectos psicológicos, a lo que llaman una *falacia mereológica*, del griego antiguo μέρος (*meros*) 'parte', es el estudio de las relaciones entre partes entre sí y con el todo, disciplina que fue introducida en polaco por Leśniewski y sobre todo dada a conocer por Goodman<sup>100, 101</sup> aunque, hay trazas de la misma a lo largo de toda la historia de la filosofía, desde Aristóteles, y muy en especial en von Brentano y Husserl.

Un ejemplo memorable de falacia mereológica es el de los médicos que llevaron a cabo la autopsia del gran bailarín Nijinsky, que se detuvieron en una minuciosa disección de pies y tobillos para descubrir el secreto de su danza, hecho al que Bridget Lowe se refirió en su poema *At the Autopsy of Vaslav Nijinsky*, cuyos versos iniciales y finales reproducimos a continuación:

*They sliced the soles of his feet / open, lengthwise then crosswise / to see if there was some trick, / an explanation / for the man who saw the godhead / with his naked-eye.*

....

*But the foot was that / of a normal man / after all, after all that / and they sewed his foot together again<sup>102</sup>.*

Versos que pueden traducirse de la siguiente manera:

*Rebanaron las plantas de sus pies / las abrieron longitudinal y transversalmente / buscando algún tipo de truco / una explicación / para aquel que había alcanzado a la divinidad / así, a simple vista*

....

*Pero el pie era / el pie de un hombre normal / después de todo, de todo eso / le cosieron de nuevo su pie*

Por lo tanto, la falacia de la mereología se produce por creer que el cerebro, que es una parte del cuerpo humano, es responsable de la actividad mental, cuando resulta que los predicados psicológicos sólo pueden ser aplicables a los seres humanos (u otros animales) como un todo, y por lo tanto no pueden ser aplicados inteligentemente a ninguna de sus partes, ni siquiera al cerebro. La alternativa, de acuerdo con Bennett y Hacker, es que la atribución de predicados psicológicos al cerebro es una cuestión, en primer lugar, filosófica y no tanto neurológica, puesto que es una pregunta conceptual, por lo tanto el cerebro no es el sujeto apropiado para los predicados psicológicos. Se ha propuesto varias soluciones para superar el dilema. La primera de ellas es el **monismo neutral**<sup>103</sup> que sostiene que la realidad última es una, pero que su naturaleza no es ni física ni mental, es neutral entre ambas. Sin embargo esta postura no resuelve nada ya que no alcanza a explicar la naturaleza de esta realidad y el modo como se relaciona con las otras dos, las cotidianas.

Para el **monismo anómalo**<sup>104</sup> todo acontecimiento mental es idéntico a un acontecimiento físico concreto, si bien sus manifestaciones, su tipo en términos de Davidson<sup>105</sup>, el creador del concepto, no tienen porque serlo. Así, la percepción de dolor puede ser idéntica a un acontecimiento físico y sin embargo, no corresponderse a ningún acontecimiento tipo general de hechos físicos. La hipótesis es monista, pero niega la identidad entre lo físico por un lado y lo mental por otro, como el materialismo y el idealismo proponen, de tal manera que no hay normas (de ahí el adjetivo "anómalo") que permitan a un acontecimiento mental predecir uno físico ni viceversa.

El atractivo del monismo anómalo es que no pretende encontrar leyes físicas que expliquen lo mental (y viceversa), ni confiar en que el progreso científico nos llevará algún día a descubrirlas. Sin embargo, el monismo anómalo ha sido criticado e incluso considerado como una forma de dualismo enmascarado o de epifenomenalismo y Davidson no siempre ha sido capaz de hacer frente a los argumentos en contra, entre otras cosas porque algunos de ellos son contradictorios entre sí. Así, por ejemplo menciona<sup>106</sup>:

1. Los acontecimientos mentales interactúan causalmente con acontecimientos físicos, unos pueden ser causa de los otros.
2. Los acontecimientos que causan otros acontecimientos caen bajo una estricta ley natural que no admite excepciones.

3. No hay ninguna ley natural estricta acerca de los acontecimientos mentales.

De todas maneras los puntos de vista de Davidson abren el camino a otras perspectivas muy interesantes desde nuestro punto de vista.

La objeción más importante a estas teorías monistas son los **qualia** (caracteres cualitativos de las sensaciones). Al considerar que un estado psicológico es idéntico a un estado funcional. Pero puede ocurrir que un mismo estado funcional pueda producir la experiencia de cualidades distintas (de azul, pero también de rojo o verde); en ese caso no habría una correspondencia estricta entre estados mentales y estados funcionales.

## LAS DOS CARAS DE UNA MISMA MONEDA

### El monismo de doble aspecto y dualismo metodológico

En la filosofía de la mente hay una teoría que es, para nosotros, la que mejor ayuda a comprender e investigar las relaciones cuerpo-mente. Se trata del **monismo de doble aspecto** (*double-aspect monism theory*), doble atributo o mejor de doble apariencia, que sostiene que los aspectos mentales y físicos son eso, dos aspectos distintos de la misma realidad<sup>103</sup>. La teoría nace con Spinoza para el cual la sustancia unitaria divina se expresa de dos maneras distintas, mental y física. En ella caben aportaciones dispares como las de Fechner, Schopenhauer y Nagel<sup>107</sup>. Para el físico de partículas Polkinghorne sólo hay una sustancia en el mundo, en un espacio en el que pueden presentarse dos estados contrapuestos que son los que hacen que se perciban como dos cosas distintas, la mente y la materia<sup>108</sup>.

La confrontación entre objetividad y subjetividad es el fundamento del pensamiento moderno, el cual por otra parte ha dado lugar a la ciencia (moderna), imponiendo la noción de que para las ciencias sólo existe lo objetivo y lo objetivable y que toda la vida psíquica, incluyendo la conciencia, por el hecho de ser subjetivas han de ser condenadas al ostracismo. Así, para Searle<sup>109</sup> hablar de objetividad y subjetividad como categorías excluyentes cierra a priori la posibilidad de estudiar la conciencia desde el cerebro. La conciencia es, por definición, subjetiva, en el sentido de que para que exista un estado de conciencia tiene que ser experimentado por algún sujeto consciente, es una ontología de primera persona que existe sólo para el punto de vista humano, el de un "yo" capaz de estar teniendo esa experiencia. Para Searle<sup>109</sup> los estados mentales no son idénticos a estados físicos del cerebro ni pueden reducirse a ellos, pero no son tampoco independientes de los mismos. Son fenómenos o propiedades autónomos que emergen de los sistemas neurofisiológicos en el curso del largo proceso evolutivo de la especie, son propiedades emergentes de sistemas neurológicos pero no pueden explicarse simplemente analizando los componentes de estos sistemas porque

son distintos a ellos, como la digestión es algo distinto al sistema digestivo.

Solms y Turnbull<sup>110</sup> lo explican de la siguiente manera:

*Quando me percibo a mi mismo externamente (en un espejo por ejemplo) e internamente (a través de la introspección), estoy percibiendo lo mismo de dos formas diferentes (respectivamente como un cuerpo y como una mente). La distinción entre cuerpo y mente es por lo tanto un artefacto de la percepción. Mi aparato de percepción externa me ve (mi cuerpo) como una entidad física, y mi aparato de percepción interna me siente (a mí mismo) como una entidad mental. Estas dos cosas son una y la misma... Me percibo a mí mismo desde dos puntos de vista simultáneamente. Este problema no ocurre cuando observamos otras cosas.*

Otra forma de monismo es el **dualismo metodológico**, que reconoce la unidad de la realidad pero postula que en acercamiento a conocerla hay métodos diferentes. A veces se habla de niveles diferentes que son accesibles por caminos diferentes. Así, en cualquier actividad humana hay dos facetas, una su sentido (buscar alimento para aplacar el hambre) y otra el desplazamiento en el espacio circundante (encaminarme a la nevera) para satisfacer la finalidad de la acción.

Por supuesto que el sentir hambre puede ser interpretado como la consecuencia de una hipoglucemia y de la activación de un paquete de neuronas en el hipotálamo, y que es fácil construir un robot que al percibir una concentración baja de glucosa se encamine a un recipiente con agua azucarada. Sin embargo, ningún ingenio será capaz de sentir lo que es el hambre, la sensación de hambre. Más aún, si yo soy capaz de comprender la sensación de hambre de otra persona es porque yo ya he tenido esa sensación. Se trata de un conocimiento en primera persona a diferencia del conocimiento en tercera persona que los demás tienen de mí<sup>111</sup>.

### Dos modos de conocimiento

Fue Kant<sup>112</sup> el que introdujo la diferencia entre dos modos de conocimiento: la experiencia (*Erfahrung*) que es el conocimiento procedimental (cómo hacer algo), frente al conocimiento empírico (qué son las cosas). La experiencia kantiana es el principio de las ciencias humanas, el conocimiento empírico el de las ciencias de la naturaleza, propiamente empíricas.

De un modo semejante, de Vignemont<sup>113</sup> sugiere dos niveles pragmáticos de la representación del cuerpo, basándose en conceptos de Milner y Goodale<sup>114</sup> y de Jacob y Jeannerod<sup>115</sup> que distinguen dos tipos de representaciones visuales de un objeto: pragmáticas y visuales. De acuerdo con las primeras el objeto es visto como la meta de una acción, para lo que es necesario considerar sus características perceptivas (dirección, distancia, tamaño, textura, etc.). En el caso de las representaciones semánticas se trata de las funciones

del objeto (el hecho que sea una herramienta, por ejemplo). Aplicado esto al cuerpo, las representaciones de primer orden (pragmáticas) son necesarias para poder moverse o simplemente adoptar la postura adecuada para estar en el espacio. Las representaciones de segundo orden (semánticas) son necesarias para hacer un uso del cuerpo, representan un mapa funcional y no sólo espacial del cuerpo. De esta manera un miembro puede faltar de la imagen corporal porque está paralizado y permanecer en el esquema corporal<sup>116</sup>.

En la desaferentación se afecta el esquema corporal de primer grado, pero se conserva el segundo, porque si bien los afectados no pueden conocer su postura con los ojos cerrados conocen sus limitaciones cinéticas y, al contrario, en los casos de apraxia se pierde la capacidad de reconocer al cuerpo a la hora de ejecutar acciones pero se conserva la capacidad de informarse de la postura o dimensiones de los miembros.

## Ciencias de la naturaleza y ciencias humanas

El filósofo Dilthey<sup>65</sup> en una época de pleno dominio de las ciencias naturales (*Naturwissenschaften*), empíricas y objetivas, defendió la existencia de ciencias del espíritu (*Geisteswissenschaften*), subjetivas. Estas últimas incluyen, entre otras muchas, la filosofía, la historia, la filología, la psicología, la sociología, el derecho, el arte, ciencias que deberían centrarse en una realidad histórica, social y humana. Por eso, a esas ciencias se les ha dado el nombre de ciencias históricas, humanas o simplemente humanidades.

En las ciencias de la naturaleza el quehacer del investigador consiste en aplicar el método experimental para explicar los acontecimientos en términos de causa y efecto. Entre la causa y el efecto hay una relación directa, "conocidas las causas, conocidos los efectos". El prototipo de estas ciencias es la mecánica clásica que puede predecir la situación final de unas bolas de billar si se conoce la masa de las mismas, el coeficiente de rozamiento sobre el tapete, el ángulo de incidencia y la velocidad del impacto, etc. La meta de estas ciencias es encontrar leyes generales.

Las ciencias humanas lo que cuenta es la interacción personal, el entendimiento reflexivo de la experiencia. Se trata de comprender los motivos de los hechos. Su prototipo es la historia, en la que los mismos acontecimientos pueden dar lugar a desenlaces diferentes, por eso se trata de encontrar qué sentido tienen. Toda comprensión es aprehensión de un sentido y todo conocimiento de las ciencias del espíritu es una comprensión y un conocimiento histórico. La meta de estas ciencias es la singularidad de la persona y no tanto la generalidad de la ley.

Lo importante de la aportación de Dilthey no es la distinción de dos tipos de ciencias sino la de dos tipos de métodos que pueden aplicarse en una misma ciencia, como señaló Max Weber para el caso de la sociología<sup>117</sup>.

## Dualismo en psiquiatría

El dualismo está en la base de la psicopatología moderna. Prueba de ello es que carecemos de una buena definición de enfermedad "mental" y de su delimitación con el resto de la patología.

El término **mental** es problemático. López Ibor<sup>118</sup> refiere las enfermedades mentales a las enfermedades del cuerpo ("*sólo en sentido metafórico puede hablarse de enfermedades del alma, las mentales son, como las demás enfermedades del cuerpo*") y sobre todo, a la especificidad de la naturaleza humana. ¿Y las enfermedades no mentales? podríamos preguntar. En analogía serían las específicas a la condición somática del ser humano. Esta perspectiva adquiere su mayor alcance si, siguiendo a Jores<sup>119</sup> consideramos a las enfermedades psicósomáticas como enfermedades específicamente humanas y si consideramos a la medicina psicósomática no como una especialidad sino como una dimensión de toda la patología<sup>120, 121</sup>.

La CIE-10 refiere en el apartado sobre Trastornos Mentales Orgánicos lo siguiente<sup>122</sup>:

*El uso del término "orgánico" no implica que los trastornos que aparecen en otras secciones de esta clasificación sean "no orgánicos" en el sentido de carecer de un substrato cerebral. En el contexto presente el término "orgánico" significa ni más ni menos que el síndrome clasificado como tal puede ser atribuido a un trastorno o enfermedad cerebral orgánico o sistémico diagnosticable en sí mismo. El término "sintomático" se utiliza para los trastornos mentales orgánicos en los cuales la afectación cerebral es secundaria a un trastorno o enfermedad sistémicos extracerebrales.*

*De lo expuesto hasta ahora se desprende que el diagnóstico de cualquiera de los trastornos de esta sección requiere en la mayoría de los casos hacer uso de dos códigos: uno para el síndrome psicopatológico y otro para el trastorno subyacente. El código etiológico debe seleccionarse del capítulo respectivo de la CIE-10.*

En el DSM-IV se especifica con más detalle el concepto de trastorno mental de la manera siguiente<sup>123</sup>:

*A pesar de que esta obra se titula MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, el término "trastorno mental" implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos "mentales" y "físicos" (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de "físico" en los trastornos "mentales" y mucho de "mental" en los trastornos "físicos". El problema planteado por el término trastornos "mentales" ha resultado ser más patente que su solución, y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo.*

*Es más, a pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto "trastorno mental".*

Desde el punto de vista histórico, en el caso de las enfermedades mentales el salto a la medicina científica basada en la "investigación anatómica" propuesta y defendida por Morgagni<sup>26</sup>, tuvo sus peculiaridades. En un primer paso, del vago concepto social de locura de desgajó el de enfermedad mental. Como bien ha descrito Foucault<sup>124</sup>, los hospitales generales en Europa central durante gran parte de la era moderna, acogían a marginados y rechazados sociales, entre ellos una gran parte de enfermos mentales. El director del Hospital de Chârenton en París, al comienzo de la Revolución Francesa, dio de alta al Marqués de Sade, que llevaba años internado por una orden real (*lettre de cachêt*) conseguida por su suegra dejando constancia que había tomado esa decisión porque "no está enfermo, su única locura es el vicio".

En un segundo paso, la enfermedad mental se atribuyó a un órgano, naturalmente, al cerebro. Así escribe Esquirol<sup>125</sup> en 1834:

*La enfermedad mental es normalmente una enfermedad cerebral crónica sin fiebre, caracterizada por trastornos de la sensibilidad, del entendimiento y de la voluntad. Digo normalmente porque a veces la enfermedad es de corta duración y porque al comienzo o durante su evolución pueden aparecer síntomas febriles.*

En toda la primera mitad del siglo XIX se pone en cuestión este hecho, al menos para el caso de los trastornos no psicóticos. La *manie sans délire*, la *folie raisonnante* o *folie lucide raisonnante* de Pinel<sup>126</sup> es concebida como una enfermedad mental sin afectación de las facultades intelectuales, pero sí de las afectivas que hacían que el enfermo se dejara llevar por un instinto furioso (*instincte fureur*)<sup>127</sup>. Prichard<sup>128</sup>, que sigue muy de cerca a Pinel escribe sobre la locura moral (*moral insanity*):

*Locura que consiste en una perversión mórbida de los sentimientos, afectos, inclinaciones, temperamento, hábitos, disposiciones morales e impulsos naturales, sin un trastorno o defecto relevante del interés, conocimiento o facultades de razonamiento y en particular sin ilusiones o alucinaciones morbosas*<sup>129</sup>.

Conviene señalar que en estos casos se trata de un trastorno mental del comportamiento, no de un problema de ética ni de honestidad personal y que el concepto abarcaría lo que hoy consideramos trastornos no psicóticos, no sólo a los trastornos de la personalidad<sup>130</sup>.

En la misma línea Rush define a la locura moral como una depravación anormal del humor (*innate preternatural mood depravation*), por falta de adecuación de sus valores morales y éticos a los de la sociedad en la que vivía.

Incluso Freud concedió a la vida psíquica el carácter de una función.

Griesinger<sup>131</sup> es el primero que se plantea la doble naturaleza de la psiquiatría:

*La medicina mental debe, cada vez más, salir del círculo estrecho en el que antes estaba encerrada; ya es hora de que sea cultivada como una rama de la patología del cerebro y del sistema nervioso en general, y de aplicar los métodos serios de diagnóstico que se utilizan en todas las ramas de la medicina. Para ser un buen alienista, hay que conocer a fondo, antes que nada, toda la medicina general, y especialmente las enfermedades del sistema nervioso. Además de este elemento puramente médico, la medicina mental tiene otro, indispensable, y que da un carácter propio y especial a esta parte del arte de curar; es el estudio psicológico de las aberraciones de la inteligencia que se observa en las enfermedades mentales. Psicología, no en el sentido de una psicología puramente teórica, abstracta, metafísica por así decirlo, sino más bien en el sentido de una psicología fisiológica, ciencia pura de observación, que nos hace reconocer en las funciones psíquicas sanas o morbosas, los mismos órdenes de hechos (...), estos dos elementos que, repito, tienen una importancia por igual en psiquiatría.*

Con este texto Griesinger se adelanta más de siglo y medio a un planteamiento coherente de la psiquiatría y a una perspectiva innovadora sobre la naturaleza de las enfermedades mentales. Por una parte identifica los dos componentes de la especialidad, el conocimiento de la patología del cerebro y del sistema nervioso en general, y una psicología fisiológica por otro. Con ello Griesinger está abogando por superar el gran cisma de la medicina del siglo XIX entre la escuela anatomopatológica encabezada por Rudolf Virchow y la fisiológica de Johannes Müller. Hay que recordar como prueba de lo encarnecido de este enfrentamiento la anécdota referida por Ellenberger<sup>132</sup> del juramento que este último hizo pronunciar a sus discípulos, a los que conminaba a desechar de su mente cualquier tipo de pensamiento anatómico, en especial si provenía del propio Virchow.

Griesinger considera que la psicología científica es de fundamento fisiológico, en lo que sigue el paso dado por Lotze que tituló su obra, la primera de una psicología científica, como "*Fisiología del alma*"<sup>133</sup> y nos obliga a recordar que el pensamiento de Freud es heredero de Müller a través del discípulo de este, Dubois-Reymond, maestro a su vez de Brücke con el que se formó el creador del psicoanálisis.

El otro aspecto esencial es el de considerar una continuidad entre fenómenos psicológicos sanos y morbosos a la que cabe aplicar el término de psico(pato)logía<sup>134</sup>. Sin embargo, al planteamiento de Griesinger le falta un cuarto miembro, que está cada vez más claro en los planteamientos de la neurociencia actual, el de la continuidad entre las al-

teraciones funcionales del cerebro y del sistema nervioso en general y sus manifestaciones morbosas.

Desgraciadamente, este enfoque no fue tomado en cuenta, pensamos que por razones metodológicas y la investigación psicopatológica en Alemania buscó sus fundamentos en Dilthey, lo que dio lugar no a una continuidad entre los mecanismos cerebrales y las funciones psicológica en la normalidad y en la enfermedad, sino a la descripción de dos clases de enfermedades mentales, unas cerebrales y otras desviaciones de la manera de ser.

Por eso pensamos que, desgraciadamente, en el caso de la psicopatología esta cuestión se ha aplicado de un modo sesgado, considerando que hay dos clases de trastornos mentales, variaciones del modo de ser psíquico y psicosis en el caso de Kurt Schneider<sup>135</sup>, en lugar de aplicar dos métodos diferentes a todo tipo de trastorno mental, la comprensión y la explicación (tabla 1). Esta perspectiva hace que el concepto de psicosis endógenas o la distinción de Jaspers<sup>136</sup> entre proceso y desarrollo sean corsés demasiado estrechos para abarcar la realidad psicopatológica. Por eso Schneider tuvo que acudir al oscuro concepto de **metagénesis** (degeneración primaria de la vida psíquica) y Jaspers al de proceso

psíquico aplicados ciertos cuadros paranoides, que no cabe en la dicotomía nosológica de ambos:

*Sin embargo, al lado de lo somatógeno y de lo psicógeno está la tercera posibilidad de lo metágeno, un "descarrilamiento" de la vida psíquica, que debe quedar aquí y posiblemente en otros lugares, abierta.*

Schneider utiliza la palabra *verirren* ('descarrilar'), que escribe *ver"irr"en* porque *irren* significa enloquecer, perder el juicio, con lo cual su planteamiento resulta muy claro.

### Dos miradas encontradas e inconciliables

El dios Jano es una de las divinidades más importantes de la mitología romana, a pesar de que carece de un predecesor o equivalente en la mitología griega. En su origen se trataba de una divinidad etrusca.

Jano tenía tres nombres: uno sacerdotal: Jano (*Ianus*); otro profano: Quirino (*Quirinus*) y un tercero, secreto y de carácter iniciático: El Oculto o Arcano (*Arkhanus*, del griego *arkhé*, 'principio'), el dios de dioses (*Principium Deorum*).

Tabla 1		Compresión y explicación (modificada de Ivanovic-Zuvic <sup>949</sup> )	
COMPRESIÓN		EXPLICACIÓN	
Por motivos	Comprensible	Por causas	Incomprensible
Desde la observación interna (las vivencias surgen de otras vivencias)		Desde la observación externa	
Relaciones entre elementos psíquicos	Comprensión empática de las relaciones (motivos)	Conexiones de hechos objetivos	Teorías racionales sobre causas
Conjeturas, inferencias		Predicciones precisas	
Las relaciones son evidentes por sí mismas, no conducen a teorías	Estudio cualitativo, comparaciones y condiciones en que se manifiesta lo psíquico	Las conexiones objetivas conducen a teorías	Estudio cualitativo. Resultados exactos
Actualización de estados anímicos, cómo surgen de motivos, situaciones o vivencias.		Método experimental	
Relación directa con los fenómenos	Descripciones del paciente y comparaciones con el observador	Relación mediada por instrumentos	Separación entre sujeto y objeto, primacía del objeto
Delimitación y ordenación de las relaciones psíquicas	Observar sin prejuicios ni teorías a priori los fenómenos	El sujeto es eludido y por lo tanto es un desconocido	Basada en hipótesis testables. Comprobación de hipótesis experimentales. Repetición del experimento para comprobar las hipótesis
Repetición y re-examen de los resultados en forma constante	Contenidos significantes de lo psíquico	Carencia de significantes	
Lo inadvertido como parte del inconsciente	Sus límites son la interrogación casual o bien el esclarecimiento filosófico de la existencia.	Lo extraconsciente como parte del inconsciente	Es ilimitada pues siempre se puede preguntar por las causas.

De acuerdo con el mito, cuando Júpiter expulsó del Olimpo a Saturno, su padre, Jano le acogió y le integró a su reinado. En agradecimiento, el dios le otorgó la facultad excepcional de ver con toda claridad y simultáneamente el pasado y el porvenir, para así obrar sabiamente en cualquier circunstancia. Por eso Jano se representa con dos caras vueltas en sentidos opuestos. Ninguna ve a la otra y tampoco al mundo que la contraria está viendo.

Las dos caras de las representaciones de Jano, que se situaban en el centro de sus templos, recibían el nombre de Jano Patulso (*patulsius*, de *patet*, 'abierto') la que mira hacia afuera y Jano Clusivio (*clusivius*, de *clauditor*, 'cerrado'), la vuelta hacia el interior. Jano era el dios de las puertas de entrada, de los comienzos y de los finales. El primer mes del año estaba dedicado a él y por eso llevaba su nombre: *lanuarius* de donde deriva enero.

En Roma se celebraban en honor de Jano las fiestas de los dos solsticios. Los solsticios son los momentos de ciclo anual en los que sol llega a sus puntos más extremos de su movimiento, cuando, deteniéndose por un instante, salta de uno a otro hemisferio. Solsticio (*sol-stitium*), significa precisamente eso, un alto en el camino del sol. Para los romanos el ciclo anual es la representación en miniatura ciclo cósmico y se divide en dos mitades anuales: una ascendente (del invierno al verano) y otra descendente (del verano al invierno), cada una de las cuales se abre con su solsticio respectivo, el celestial (*Janua Coeli*) y el infernal (*Janua Inferni*).

Jano, él solo, custodia el universo (*me penes est unum vasti custodia mundi*<sup>37</sup>), mantiene la armonía, en especial en los momentos críticos de transición. En definitiva, Jano es el dios de las transiciones, de los momentos críticos de los pasos que no pueden darse sin su divina, poderosa y sabia protección. Por eso era invocado al comienzo de una guerra y puesto que está es una crisis permanente, durante ella las puertas de los templos de Jano permanecían abiertas.

## La resolución quiasmática

Los dos errores fundamentales de la psicología, y en general de la ciencia moderna proceden de su raíz dualista, al considerar que la imagen corporal es la representación interna de la propia apariencia externa<sup>138</sup> son: 1) hay una imagen y un sujeto diferenciado que la contempla y 2) hay un exterior, donde se proyecta la imagen y un interior donde mora el sujeto.

La perspectiva contraria, que está alcanzando un gran protagonismo en esta época post-moderna, es la de un cuerpo vivenciado y *fungiente*<sup>70</sup>, que desempeña un papel a veces tan tiranizador como antaño la razón, un cuerpo que somete en lugar de ser sometido, que clama por sus derechos, en un *me lo pide el cuerpo* que se ha convertido en norma de conducta y que alcanza grados morbosos en los trastornos del control de los impulsos, y que es manifestación de un contrasentido radical: el cuerpo no me puede pedir nada a

mí, porque yo soy mi cuerpo. Mi cuerpo no es algo extraño a mí, que pueda dirigirse a mí con requerimientos, reproches, alegrías o penas, porque mi cuerpo es *sentiente*, es decir, soy yo como ser que siente.

Hay una tercera vía, una sola vía, la que intentamos argumentar en estas líneas y que nos ha llevado, entre otras cosas a renunciar al título primigenio de "El Cuerpo y la Corporalidad"<sup>34</sup>, no porque fuera incorrecto, sino porque ha sido en demasiadas ocasiones mal interpretado como que se trataba de dos realidades, las que por otra parte, los alemanes diferenciaban bien, una como *Körper* y la otra como *Leib*. Lo particular del cuerpo humano es que participa de esas diferentes dimensiones (objeto, sujeto, individuo en la sociedad) sin reducirse a alguna de ellas. En este sentido Merleau-Ponty recurre al concepto de quiasmo: *Su mundo es precisamente el „quiasmo“y su modo de ser el „entre“*<sup>70</sup>.

El quiasmo es una figura retórica que consiste en presentar en órdenes inversos los miembros de dos secuencias, con lo que se intercambian dos ideas paralelas y opuestas, en general de la forma: A, B, C, C', B', A' o A, B, C, D, C', B', A', en este último caso D, es la idea central que quiere transmitir el quiasmo.

La palabra deriva del griego *χιασμός* (*quiasmós*), 'disposición cruzada', (la letra) 'chi', que se corresponde a la x, porque es como si los elementos del quiasmo estuvieran representados por los puntos extremos de un aspa.

De la misma palabra griega deriva quiasma, que se utiliza en medicina y en biología en general con el sentido de entrecruzamiento (quiasma de las cromátidas de una pareja de cromosomas; quiasma óptico).

La presentación en forma cruzada de dos ideas paralelas e invertidas permite contemplar una misma situación desde dos perspectivas diferentes. De esta manera se introduce o se refuerza poderosamente una idea central, que adquiere el valor de un nuevo, y muchas veces trascendente, mensaje. El quiasmo resuelve el dilema entra la deducción, es decir el orden lógico del discurso que va de lo general a lo particular y la inducción que invierte es orden y va de lo particular a lo general, de una forma dinámica, yendo y viniendo de una a la otra en una tensión que no encuentra un punto de equilibrio estable, de ahí su creatividad.

Por eso el quiasmo es una figura del lenguaje frecuente en los textos religiosos, muy en especial en los semíticos, en los discursos políticos y en la poesía:

- *La humanidad debe poner fin a la guerra o la guerra pondrá fin a la humanidad* (John F. Kennedy).
- *Lo que no quiero hacer, eso hago y lo que quiero hacer no hago, bendito sea el Señor* (San Pablo, Epístola a los Romanos)
- *Ojos, yo no sé qué espero, viendo cómo me tratáis, pues si me veis, me matáis; y si yo os miro, me muero* (Quevedo).



Lo importante del quiasmo no es el léxico, sino el concepto subyacente, como en el comienzo del soneto XIII de Garcilaso de la Vega en el que el que la figura del leguaje se establece en la contraposición entre lo humano y la naturaleza:

*A Dafne ya los brazos le crecían / y en luengos ramos  
vueltos se mostraban, / en verdes hojas vi que se torna-  
ban / los cabellos que al oro oscurecían.*

Para nosotros el quiasma más extraordinario son los catorce primeros versos de Evangelio según San Juan, que han dado lugar a reflexiones teológicas muy profundas<sup>139</sup>.

Grothe se ha ocupado de la fuerza del quiasmo en su libro que tiene un título muy quiasmótico: *Never Let a Fool Kiss You or a Kiss Fool You*<sup>140</sup> ("Nunca dejes que un tonto te bese, ni que un beso te atonte").

El quiasmo es utilizado por Merleau-Ponty para designar la "dualidad unitaria en sí misma", lo que viene a significar que es la estructura del pensamiento la que obliga a considerar el fenómeno del cuerpo humano, del cuerpo propio, desde dos perspectivas y no de que se trate de dos realidades.

*El quiasmo es un esquema de pensamiento que nos permite concebir las relaciones de una dualidad en términos de reciprocidad, entrecruzamiento, complementariedad, sobreposición, encabalgamiento, reversibilidad, mutua referencia [...] Todo lo contrario de los esquemas dicotómicos, dualistas, que conciben las relaciones en términos de exclusión, exterioridad, causalidad mecánica y lineal, jerarquía y prioridad. El esquema del quiasmo es lo que nos permite pensar a la dualidad como una unidad en proceso, en devenir"<sup>141</sup>.*

En consecuencia no es de extrañar la presencia de quiasmas reveladores en los textos de Merleau-Ponty<sup>142</sup>, alguno de ellos trascendentes:

- La doble prolongación de las cosas en mi cuerpo y de mi cuerpo en las cosas, el parentesco y la mutua usurpación entre lo vidente y lo visible.
- Mi cuerpo modelo de las cosas y las cosas modelo de mi cuerpo: el cuerpo atado por todas partes al mundo, pegado a él; todo eso significa: el mundo, la carne, no como hecho o suma de hechos, sino como lugar de una inscripción de verdad.

Por lo tanto, hay dos modos distintos de manifestarse el cuerpo propio, objetivo, ligado a la percepción externa, de acuerdo con la cual, mi cuerpo me es dado como algo en un espacio y en un momento determinado. El otro es subjetivo, ligado a la propia conciencia, gracias al cual tengo una experiencia directa de él<sup>143</sup>, y ambos modos inseparables y estrechamente solidarios en tanto que no pueden darse el uno sin el otro<sup>5</sup>.

## Monismo radical y valor adaptativo del dualismo

Hasta ahora hemos ido viendo, por una parte la fuerza de las perspectivas dualistas que, desde el principio de la historia, se han impuesto por su capacidad para explicar la existencia del mal y la conducta a seguir y a imponer mediante la educación para salvar el alma o la conciencia humana y, eventualmente, redimir el cuerpo. También hemos visto como han ido surgiendo otros puntos de vista monistas, cuyo origen histórico no hemos investigado a fondo por no habernos parecido necesario, pero que en cualquier caso se han hecho paulatinamente manifiestas en escritos de algunos investigadores en el campo de la neurociencia<sup>144-148</sup> porque el dualismo es, en el fondo, un espejismo que lleva a una falacia mereológica, que confunde la parte por el todo, o a un eliminativismo<sup>149</sup> que lleva a rechazar todo lo que no sea material<sup>150</sup>.

Ahora nos quedan dos tareas, la primera preguntarnos si el dualismo tiene alguna otra razón de ser y cual sería su valor adaptativo más allá de la explicación racional de la naturaleza del mal, cosa que haremos a continuación. La segunda es analizar si la experiencia que tenemos de nosotros mismos es dualista o no lo es, cosa que haremos más adelante al considerar la vivencia corporal de acuerdo con las aportaciones de la fenomenología, claramente monistas como también lo es la experiencia de algunos místicos (por ejemplo Hildegarda de Bingen) y filósofos (como Rousseau) que han profundizado en el conocimiento a partir de la experiencia de sí mismos.

Precisamente es esta necesidad de conocer y al mismo tiempo las limitaciones del alcance del conocimiento humano, lo que en definitiva lleva a un dualismo metodológico, para el cual con independencia de cómo sea la realidad, la única manera de abordarla desde una perspectiva distinta es utiliza dos métodos dispares e inconciliables.

La teoría y la filosofía del conocimiento se fundamentan en la aceptación de las limitaciones al mismo. Para el racionalismo la razón posee una serie, y sólo esa serie, de principios innatos a partir de los cuales, mediante la deducción racional, y sólo mediante ella, se conoce la realidad en su totalidad. Por lo tanto, razón y deducción racional imponen un corsé, unas reglas de juego seguras pero limitadas, para alcanzar el conocimiento de lo real, que por lo tanto es sólo parcial, a veces sesgado y de alcance limitado ya que queda fuera de él mucha realidad que no tiene porque ser racional.

El punto de vista contrario, el empirismo, sostiene que todo conocimiento procede de la experiencia, y esa experiencia está limitada por el papel que los sentidos, ventanas abiertas al mundo, juegan en ella. El empirismo conduce al escepticismo como es el caso de Hume<sup>151</sup>, para el cual si la razón no es el fundamento del saber, la certeza absoluta es inalcanzable y hay que conformarse con una certeza moral para guiar el comportamiento humano.

Kant<sup>112</sup> por su parte sostiene que ambos, racionalistas y empiristas, tienen parte de razón y que en todo tipo de conocimiento se dan dos condiciones: unas son exteriores o materiales, asociadas a los sentidos; y otras son intrínsecas al individuo o formales, que son las que la mente humana impone a la información que procede del exterior. Se trata de dotar de un sentido a las sensaciones procedentes del exterior. En ambos casos se trata de una matriz que impone un modo de conocer:

*Sin sensibilidad ningún objeto nos sería dado y, sin entendimiento, ninguno sería pensado. (...) El conocimiento únicamente puede surgir de la unión de ambos.*

*No hay duda alguna que nuestro conocimiento comienza la experiencia sensible. (...) Pero, aunque todo nuestro conocimiento comienza por la experiencia, no por eso procede todo él de la experiencia.*

La neurociencia ha defendido una postura análoga, en especial en lo que se refiere a la teoría del doble aspecto según la cual el cerebro que construye los dos modos de conocimiento, racional y empírico, y en consecuencia las dos realidades, la física y la mental. Sin embargo, el texto citado de Solms y Turnbull<sup>147</sup> pone de manifiesto la limitación de esta teoría, porque sus autores se refieren sólo a como me percibo a mi mismo exterior e interiormente.

Por estos motivos pensamos que hay que ir un poco más lejos y preguntarnos desde una perspectiva evolucionista, insoslayable en toda la biología moderna, si tiene alguna ventaja el dualismo, más que resignarnos a considerar que somos dualistas porque nuestra capacidad de conocer no da más de sí.

Los seres vivos unicelulares necesitan únicamente una información sobre las características y variaciones físicas del entorno en que se encuentran para poder sobrevivir, alimentarse y reproducirse. De la misma manera los animales más evolucionados, entre otros los de nuestra especie, necesitan ese conocimiento para poder desplazarse o asentarse, evitar peligros, alimentarse o reproducirse. Si yo no percibiera el calor de la vela como en el grabado con el que Descartes ilustra su dualismo, me quemaría, o me caería por una escalera si no pudiere medir las distancias. Pero los animales más evolucionados son animales con un alto grado de socialización y aquí el conocimiento es de otra naturaleza. Reconocer amigos de enemigos, identificarse con unos o con otros, cooperar para los fines del grupo, integrarse en una jerarquía, buscar oportunidades para reproducirse y criar la prole exige conocer algo más que unas dimensiones físicas, las de una *res extensa*.

La conciencia pre-reflexiva (*awareness*) y la representación del yo han ido evolucionado a lo largo del tiempo y tienen un valor adaptativo<sup>152, 153</sup> surgido de funciones somatosensoriales y autonómicas más rudimentarias<sup>154-156</sup>. Con independencia de que toda la información llegue al cerebro a través de los sentidos y que nada hubo en el intelecto que

antes no estuviera en ellos, es el cerebro el que construye una realidad que no es física, que es mental, en la cual los parámetros no son las unidades de medida, sino los sentimientos y afectos, los impulsos y tendencias, las sensaciones y percepciones<sup>157</sup>, los recuerdos, la atención dirigida, en definitiva la intencionalidad de von Brentano que caracteriza a los hechos psíquicos o mentales.

Por lo tanto, podemos afirmar que es posible un **monismo radical**, compatible con el doble sistema cognitivo, empírico y personal de gran valor adaptativo mencionado más arriba. Es un **monismo janicular** porque como el dios romano tiene dos caras, una que mira al pasado, otra al futuro, una al interior (*Janus Clusivus*) otra al exterior (*Janus Paltusius*), una al comienzo otra al final que es comienzo y finalización, puerta de entrada y de salida. Es también un **monismo quiasmótico** porque, en palabras de Merleau-Ponty<sup>158</sup> citadas más arriba *nos permite pensar a la dualidad como una unidad en proceso, en devenir...y... concebir las relaciones de una dualidad en términos de reciprocidad, entrecruzamiento, complementariedad, sobreposición, encabalgamiento, reversibilidad, mutua referencia.*

## SEGUNDA PARTE: CONFRONTACIONES ENTRE EL CUERPO OBJETO Y EL CUERPO SUJETO.

### AGNOSIAS Y DISGNOSIAS

Hay una serie de agnosias y disgnosias en las que la percepción que un enfermo tiene de su cuerpo está alterada y no coincide con la realidad. Los casos de agnosia son un experimento natural cuyo estudio permite profundizar en el conocimiento de dicha percepción y analizar las discrepancias entre la realidad objetiva del cuerpo y la experiencia del enfermo, el cual lo percibe de manera diferente a como lo percibe el médico y otras personas. Unas veces se experimenta de más (miembro fantasma), en otras de menos (anosognosia) y en otras la percepción está distorsionada. En sentido amplio, el miembro fantasma es una forma más de disgnosia.

### MIEMBRO FANTASMA

Un 75% de las personas a las que se les ha amputado un miembro experimentan por lo menos transitoriamente la presencia del extremidad ausente<sup>159</sup>. El paciente reconoce que estas sensaciones no son verídicas y por lo tanto se trata más de una ilusión que no de una idea delirante<sup>160</sup>.

En la bibliografía hay descripciones curiosas de miembros fantasma. Entre ellas destaca la del almirante Nelson, que padeció sensaciones fantasma de sus dedos de la mano derecha, que notaba penetrar en la palma de la mano. Un balazo recibido a la altura del codo mientras dirigía el asalto a Santa Cruz de Tenerife en 1797 obligó a amputarle el brazo derecho. De la presencia de esas sensaciones dedujo la existencia del alma, puesto que si podían sobrevivir las de los dedos, también podría sobrevivir la de todo el cuerpo<sup>161</sup>.

La cita es posiblemente apócrifa aunque se repite biografía tras biografía del gran almirante, que sufrió en la batalla de Tenerife una de sus derrotas más importantes. La argumentación es tan llamativa que Herman Melville<sup>162</sup> la evoca de nuevo cuando en *Moby Dick* describe como el capitán Ahab le pide a un carpintero que le construya una pierna postiza para sustituir a la que le había arrancado una ballena blanca. En el capítulo 108, el capitán cuenta al carpintero como continúa sintiendo la presencia invisible de su pierna amputada que es como una especie de impostor. Dice Ahab: *"Mira, pon tu pierna viva aquí, en el sitio donde estaba la mía; así, ahora hay sólo una pierna visible para los ojos. Sin embargo, hay dos para el alma"*. Más tarde añade: *"Si aun siento la presencia de mi pierna amputada, hace tiempo desaparecida, entonces porque tú, carpintero, no podrías sufrir eternamente en las sartenes del infierno y sin tener un cuerpo"*.

El término de miembro fantasma se aplica también a experiencias que se presentan sin que se haya amputado un miembro, o pseudopolimielia, para designar la existencia de una disociación entre la posición real de un miembro y la que siente el sujeto como suele ocurrir en el caso del bloqueo del plexo braquial o espinal<sup>163</sup>. También se han descrito sensaciones fantasma en miembros intactos pero paralíticos<sup>164</sup>, acompañando a lesiones de plexos<sup>165</sup> o tras accidentes cerebro-vasculares que afectan al hemisferio derecho<sup>166</sup>, en especial sus partes más profundas y también al cuerpo calloso<sup>167</sup>. Hay un caso descrito de varios miembros supernumerarios<sup>168</sup>.

En el caso de Hansenjäger y Pözl<sup>169</sup> se trataba de una herida del plexo braquial izquierdo, que producía una parálisis flácida del brazo con alteraciones de la sensibilidad. Dos días después del accidente que la produjo, tenía la sensación clara de que su brazo herido estaba doblado por el codo, con el puño cerrado y apoyado sobre el pecho. Al levantar la ropa de la cama, notaba, con sorpresa, que su brazo yacía al lado de su cuerpo.

En los adultos la proporción de sensaciones de miembro fantasma tras una amputación alcanza el cien por cien de los casos. En los niños la incidencia es mucho menor, del orden del 20% en los menores de dos años y del 75% en los mayores de ocho años<sup>170</sup>, lo que suele atribuirse a que en ellos no ha dado tiempo a que se consolide la imagen corporal.

Si no se acompaña de dolor en la gran mayoría de los casos el miembro fantasma desaparece gradualmente<sup>171</sup>. La sensación fantasma es más intensa en caso de un miembro doloroso, lo que ha sido atribuido a la persistencia de una "memoria del dolor"<sup>172</sup> y hay casos descritos de una evolución de 25 años tras la amputación<sup>173</sup>.

Muchos pacientes sienten los movimientos de su miembro fantasma, otras veces lo experimentan como si estuviese bloqueado, o congelado en una determinada posición. La sensación disminuye cuando el paciente descansa o está distraído y aumenta con la ansiedad y estados emotivos intensos<sup>173, 174</sup>. Algunos pacientes consideran que ellos mis-

mos pueden provocar movimientos en los miembros, como por ejemplo mover los dedos, agarrar objetos. Sorprendentemente "la memoria" de la postura y forma del miembro persiste en el miembro fantasma<sup>175, 172</sup>. En el caso de que lo amputado sea un miembro deformado, esta deformación está presente en el miembro fantasma<sup>176, 177</sup>.

Un enfermo de Bailey y Moersch<sup>178, 179</sup> sufrió una amputación de un brazo tras un accidente que le había destrozado el mismo. Pocos días antes se le había clavado una astilla debajo de la uña y la sensación dolorosa provocada por la misma persistió un tiempo en el miembro fantasma. El enfermo había ordenado incinerar el miembro y mientras esto ocurría le sobrevinieron sensaciones de que el miembro fantasma se deshacía en cenizas.

Los miembros fantasma no aparecen en cualquier segmento corporal, ni en cualquier circunstancia. Los casos en los que se presentan los miembros fantasmas son, según Frederiks<sup>180</sup> los siguientes:

1. Amputaciones de miembros o partes de miembros.
2. Amputación de un pecho o genitales externos.
3. Extracción de un diente.
4. Operaciones faciales mutilantes o enucleación de un ojo.
5. Enfermedades mutilantes de los miembros.
6. Lesiones del sistema nervioso (a nivel periférico o de la médula espinal, tronco del encéfalo, tálamo y lóbulo parietal).

El fenómeno es más intenso y duradero en las partes distales de los miembros. Por eso, los miembros fantasma son más frecuentes en miembros amputados tras accidentes o heridas de guerra o si con anterioridad ha existido dolor y no tanto en casos de larga enfermedad e incapacidad, especialmente si ésta afecta al sistema nervioso periférico (gangrenas por arteriosclerosis, lepra<sup>181</sup>, etc.). El miembro que ha estado largo tiempo enfermo va perdiendo su disponibilidad y el miembro enfermo o muñón va desapareciendo del esquema corporal.

Es necesario reparar que no hay descrito casos de pulmones o riñones fantasma, ni en general **visceras fantasma**. Los únicos casos descritos en la bibliografía son los dolores ulcerosos fantasma<sup>182</sup> que aparecían después de vagectomías o gastrectomías, pero no está claro que se trate de auténticos fenómenos fantasma. Eso sí, hay vejigas fantasma porque la micción está bajo el dominio de la voluntad y si se han descrito mamas fantasma tras mastectomías y pene fantasma tras cirugía en transexuales<sup>183</sup>.

Por otra parte, la sensación del miembro ausente se acorta más en los casos en los que la amputación de la pierna es bilateral, que en los que es unilateral, lo cual se debe a que el miembro sano influye, con su presencia, en el tamaño del miembro fantasma. En los casos de paraplejía, acompañados de miembro fantasma, diversos autores han hecho una observación muy curiosa. El miembro fantasma está pegado al tronco, de un modo distinto a como lo están

las piernas reales. Tiene algo de rígido, de mecánico, como las piernas de las marionetas<sup>184</sup>.

Estos hechos se deben a que la presentación de un miembro fantasma necesita que la parte corporal que se pierde haya sido especialmente activa, especialmente importante, o por decirlo de un modo más preciso, especialmente disponible. Por eso pueden presentarse experiencias fantasma en otras situaciones como el caso descrito por López Ibor de un campo visual fantasma<sup>185</sup>:

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

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

Todas las características de los miembros fantasma giran en torno a la intencionalidad y disponibilidad: el que se alarguen o encojan, el *telescoping* descrito por primera vez por Gueniot en 1861<sup>180</sup> y el que desaparezcan forzando la actividad (dibujando círculos u ochos imaginarios en el aire con la punta del pie ausente).

Desde una perspectiva psicodinámica se ha considerado el miembro fantasma como consecuencia de un me-

canismo de negación y el dolor, cuando existe sería una parte del proceso de duelo por la pérdida del miembro<sup>186</sup> y que el deseo inconsciente de recuperarlo se manifiesta en los ensueños<sup>187</sup>. Nosotros pensamos más bien lo contrario, es decir que el recuerdo intrusivo del ser querido es un fenómeno semejante al del miembro fantasma y no viceversa.

## Neurobiología del miembro fantasma

La explicación inmediata y tradicional se que el miembro fantasma está producido por la irritación de los axones a la altura del muñón. El hecho que la estimulación del muñón puede hacer reaparecer un antiguo miembro fantasma parece apoyar esta hipótesis. Sin embargo, el proceso es mucho más complejo<sup>188</sup>, ya que hay casos descritos de miembros fantasma en sujetos nacidos sin ambos miembros<sup>189-191</sup>, aunque se trata de un fenómeno tan poco frecuente que no puede considerarse como un apoyo a esta hipótesis del muñón<sup>192-193</sup>. Por otra parte, la anestesia del muñón no conlleva la desaparición del fenómeno<sup>194, 195</sup>. Y está el hecho de que pueden generarse fenómenos fantasma en personas sanas con miembros intactos en condiciones experimentales mediante un espejo<sup>22</sup>. Todo ello ha llevado a investigar la participación de otras estructuras nerviosas y las alteraciones de la representación cortical de la imagen corporal.

En el caso de Head<sup>196</sup> una lesión de la corteza parietal derecha hizo desaparecer un miembro fantasma, pre-existente debido a una lesión del sistema nervioso periférico. Pötzl<sup>197, 198</sup> afirma que la posibilidad de presentación de un miembro fantasma está ligada a la presencia intacta de la circunvolución postcentral. Esta posibilidad latente de un miembro fantasma no se desencadena por una activación de un proceso dirigido fisiológicamente, sino por una activación anormal. En un caso citado con lesiones cerebrales, la imagen cinestésica de la mitad izquierda estaba intacta y persistía en la percepción. Pero tanto ella, como todos los impulsos derivados de la misma, estaban dirigidos, forzadamente, hacia la derecha, en dirección a la línea media. Por esta deformación, la imagen sentida dejaba de ser congruente con la motora.

Una posible explicación de todos estos fenómenos sería que la sensación de miembro fantasma es sinestesia originada porque al menos una parte de los estímulos propioceptivos y táctiles tanto de la cara como de las áreas adyacentes al muñón se trasladarán a otras áreas del cerebro (área 3B de Brodman). El resultado es que las aferencias espontáneas de esos tejidos serían interpretadas como que provienen del miembro amputado debido a una reorganización de los mapas cerebrales<sup>160</sup>.

El mapa somatosensorial que existe en la corteza cerebral<sup>199</sup> no es está fijado de por vida. Merzenich y cols.<sup>200</sup> fueron capaces de demostrar como el área cortical destinada a la representación de un dedo podría ampliarse

a expensas de las áreas de los otros dedos, consideraron que esto es debido a la arborización de neuronas tálamo-corticales, que normalmente no se extienden más allá de un milímetro. Esta distancia fue considerada como el límite máximo de reorganización sensorial en animales adultos<sup>201</sup> pero hoy se considera que puede alcanzar incluso de dos a tres centímetros<sup>190, 202, 203</sup>. Así se ha podido demostrar como sensaciones procedentes de un miembro amputado pasan a ser percibidas aún después de muchos años, por áreas correspondientes al rostro, incluso cuando se trata de sensaciones térmicas<sup>204</sup>. A nivel sináptico uno de los posibles mecanismos que explican este proceso de reorganización cerebral es que estuviese mediado por receptores N-metil-D-aspartato (NMDA)<sup>205-207</sup>.

Es decir, la experiencia de miembro fantasma aparece cuando, por lo menos en parte, los estímulos táctiles y propioceptivos próximos al muñón, ocupan áreas cerebrales propioceptivas, de esta forma se podría considerar que descargas espontáneas en estos tejidos son interpretadas como producidas por el miembro que se ha perdido, que se siente y entonces se vivencia como miembro fantasma

En resumen cabe considerar con Ramachandran<sup>208</sup> que el cerebro genera un sistema estable para sopesar percepciones procedentes de fuentes distintas y así poder tomar decisiones adecuadas, lo que implica la inhibición o rechazo de la información discordante y que en consecuencia, la experiencia de un miembro fantasma depende de la integración de información proveniente de cinco fuentes diferentes:

1. De las neuronas que inervan el muñón, como se piensa desde antiguo
2. De la reorganización de los mapas cerebrales
3. De la monitorización de las descargas motoras provenientes del miembro afectado
4. De la imagen corporal del sujeto que fundamentalmente viene determinada genéticamente.
5. De la memoria somática de las sensaciones dolorosas producidas por el miembro dañando.

### LAS AGNOSIAS

En el estudio de las agnosias hay que adelantar varios aspectos importantes: 1) Agnosias y apraxias son inseparables, como lo son entre sí la percepción y el movimiento, algo que destacó von Weizsäcker y que le llevó a desarrollar la noción de círculo de la forma<sup>209</sup>; 2) en las agnosias, las limitaciones para el conocimiento del cuerpo se acompañan de dificultades para el conocimiento del mundo, aunque sólo sea por el hecho que el conocimiento del mundo se hace a través del cuerpo; 3) las diferentes agnosias se solapan en un mismo enfermo y 4) en las agnosias los componentes emocionales son esenciales porque la percepción del propio cuerpo, y más aun cuando está alterada, no deja indiferente al sujeto, a pesar de lo cual este último aspecto es rara vez mencionado.

A continuación exponemos las agnosias más importantes (tabla 2):

Tabla 2	Diferentes formas de agnosia
AGNOSIA	AFECTA o PRESENTA
Asomatognosia	Al reconocimiento como propias de las partes del propio cuerpo
Percepción de una mano ajena	Sensación que su miembro actúa de forma independiente y autónoma
Misoplejia	Al aprecio del miembro afecto de anosognosia, que es odiado o rechazado
Prosopagnosia	A la percepción de caras
Agnosia táctil y aesterognosia	Al reconocimiento de objetos por el tacto
Simultagnosia	Al reconocimiento de dos objetos simultáneamente
Síndrome de Gerstmann	Agnosia los dedos Acalculia Agnosia derecha-izquierda (dischiria) Agrafia (apraxia de la escritura)
Síndrome de Balint-Holmes	Ataxia óptica Trastorno de la atención visual Apraxia de la mirada Simultagnosia Trastornos en el lenguaje escrito
Síndrome de heminegligencia espacial unilateral	Negligencia y déficit atencional la mitad (derecha) del cuerpo y del espacio
Anosognosia	Al reconocimiento de enfermedades y discapacidades
Somatoparafrenia	Anosognosia asociada a una falta de identificación delirante o confabulatoria
Heteropatognosia	Al reconocimiento de partes del cuerpo de otra persona
Alucinaciones autoscópicas, heautoscopia y experiencias extra corpóreas	La sensación de estar fuera del cuerpo, de ver el propio cuerpo desde fuera
<b>Trastornos del yo corporal (corporeal self)</b>	
Aloquiria (allochiria)	Una sensación es percibida en el lado opuesto del cuerpo o del espacio de donde se ha producido el estímulo
Alestesia o aloestesia (allesthesia, allachaesthesia)	Una sensación es percibida en un lugar distinto de donde se ha producido el estímulo
Alestesia visual <sup>408, 409</sup>	Trastorno en el cual se produce una transposición de imágenes visuales de un hemisferio visual al otro

## Asomatognosia

En la asomatognosia el sujeto deja de considerar a una parte de su cuerpo como propia, no es consciente de que una parte de su cuerpo le pertenece, de ahí la dificultad para identificar y reconocer partes del propio cuerpo.

El paciente suele ser consciente del cambio o de las sensaciones extrañas que padece<sup>210, 211</sup>. El enfermo puede adoptar frente a la asomatognosia distintas actitudes: negadora cuando se intenta que miren o se fijen en la parte afectada, de indiferencia como si nada hubiera cambiado o de esfuerzo para tratar de explicar lo que está sucediendo. La negación o negligencia puede ser pasiva (no levantan el brazo cuando se les pide) o activa (se comportan como si el miembro no existiera). Los síntomas pueden durar segundos, horas, días meses o años. La confrontación no resuelve la asomatognosia, y muchas veces sólo una rehabilitación por medio de espejos consigue modificar este tipo de agnosia<sup>212, 213</sup>.

Hay experiencias de extrañamiento y un alejamiento parciales, limitadas a partes concretas, que suelen presentarse en enfermos con afectaciones del sistema nervioso central, por ejemplo en auras epilépticas. En estos pacientes con episodios epilépticos se asocia frecuentemente con un solo hemiespacio<sup>214</sup>. Un epiléptico nuestro refería: *"Lo primero que noto cuando me va a dar un ataque es que la mano que está haciendo algo, por ejemplo, cogiendo el teléfono para hablar, no me parece mía, sino algo extraño"*.

### Neurobiología de la asomatognosia

La asomatognosia se presenta principalmente tras lesiones parietales, temporo-parietales o de la cara medial de los lóbulos frontales del hemisferio derecho o de lesiones del hemisferio izquierdo que dan lugar a una desorientación derecha-izquierda<sup>215</sup>. Las hemiasomatognosias se presentan generalmente cuando hay lesiones del hemisferio derecho<sup>180</sup>.

En casos de hemiplejía izquierda tras accidentes cerebrovasculares derechos, la presencia de lesiones temporoparietales múltiples y frontales mediales se asocia a la presencia de asomatognosia. La presencia adicional de disfunciones orbito-frontales hace que se presente una somatoparafrenia, de donde se deduce que estas áreas frontales con la presencia de confabulaciones y afectación del mí mismo (*self*)<sup>216</sup>.

## Percepción de una mano ajena

El signo de la mano ajena (*alien hand sign*) es de una forma de asomatognosia en la que el paciente siente que su miembro actúa de forma independiente y autónoma, llevando a cabo movimientos involuntarios que parecen intencionales<sup>217</sup> y que entran en conflicto o incluso rivalizan con los del miembro opuesto. Por ejemplo, la mano izquierda hace lo contrario de lo que se desea o de lo que hace la mano

derecha y así, una persona puede estar vistiéndose con la mano derecha y desvistiéndose con la izquierda. Suelen ser movimientos reflejos exploratorios, estereotipados, desinhibidos o parcialmente inadecuados<sup>218</sup>. Los pacientes con signo de la mano ajena no pierden la capacidad de introspección, saben que el miembro es suyo, pero a la vez tienen la sensación de que no les pertenece, tanto que pueden llegar a esforzarse por impedir que cometa acciones involuntarias<sup>219</sup>. Para el paciente la mano está fuera de su control voluntario, control que intenta recuperar sin éxito. El paciente es incapaz de explicar el origen de este movimiento y puede llegar a pensar que la mano afectada pudiera tener una mente propia. Hay un predominio de la mano derecha y se presenta en lesiones extensas unilaterales de la corteza frontal medial del hemisferio contralateral a la mano afectada. La mano ajena tiende a desaparecer en los seis a doce meses siguientes al accidente cerebrovascular.

El primer caso fue descrito por van Vleuten en 1907<sup>220</sup> y poco después Goldstein en 1908<sup>221</sup> describió un paciente con múltiples movimientos espontáneos que se quejaba de tener *"un espíritu maligno en la mano"*<sup>222</sup>. A lo largo de los años, este fenómeno ha recibido diferentes nombres como *dispraxia diagonística*<sup>223</sup>, *"le signe de la main étrangère"* (signo de la mano extranjera)<sup>224</sup>, *"alien hand"* (mano extranjera) o *"intermanual conflict"* (conflicto intermanual)<sup>225</sup>, *mano anárquica*<sup>226</sup> por citar los más importantes.

Hanninen ha descrito el caso de Eeva, una mujer de 37 años que para poder leer el periódico tenía que sentarse sobre su mano izquierda que, a su aire, no dejaba de pasar una hoja tras otra. En otras ocasiones, cuando Eeva iba a nadar, la mano izquierda la empujaba hacia lo profundo mientras que la derecha nadaba hacia la costa<sup>227</sup>.

### Neurobiología del signo de la mano ajena

Es frecuente que la mano afectada presente además un reflejo de prensión<sup>228</sup> del tipo de la apraxia magnética de Denny-Brown<sup>229</sup> lo que sugiere que existe una afectación frontal importante. De hecho, en el caso de van Vleuten de 1907<sup>220</sup> se trataba de un paciente con un tumor de hemisferio izquierdo del cerebro que había invadido el cuerpo calloso y el referido caso de Eeva se trataba de una mujer que había sufrido una hemorragia frontal derecha. En los demás casos descritos existían lesiones de la parte anterior del cuerpo calloso, frontales mediales o de áreas que se requieren para la movilidad de ambas manos<sup>223</sup>, que eran consecuencia de lesiones cerebrales focales agudas, ictus, epilepsias, trastornos degenerativos o de intervenciones neuroquirúrgicas.

Para algunos autores<sup>230-232</sup> una lesión en la zona central del cuerpo calloso es la responsable del síndrome de mano ajena, mientras que la lesión en la parte final posterior del cuerpo calloso es responsable de la dispraxia diagonística propuesta por Akelaitis. Sin embargo, para Della Sala y cols.<sup>226</sup> los signos de mano ajena y el conflicto intermanual son sencillamente aspectos diferentes del mismo trastorno

motor debido a lesiones en el área fronto-medial y en el cuerpo calloso. Goldberg y Bloom<sup>233</sup> propusieron que la lesión en el cortex fronto-medial, particularmente en el área suplementaria, era necesaria para provocar la aparición del signo de mano ajena en la mano contralateral a la lesión como consecuencia de la desconexión entre los sistemas premotores medial y lateral. La afectación callosa haría que el hemisferio izquierdo no pudiera confrontar la información sobre las acciones discordantes que realiza la mano izquierda controlada por el hemisferio derecho.

Estudios de neuroimagen sugieren que el signo de la mano ajena es consecuencia de la desintegración de una red neuronal encargada del planeamiento y ejecución de movimientos, en la que, al margen del tálamo, intervienen el cortex motor y premotor, el precúneo, la circunvolución frontal inferior derecha y áreas prefrontales<sup>234, 235</sup>. La hipótesis sobre este extraño signo apunta a una disociación entre dos sistemas premotores independientes pero que interactúan entre sí, que se corresponden con las mitades medial y lateral de la corteza premotora, de tal manera que habría un predominio de esta, como consecuencia de la afectación de la otra<sup>233</sup>. De todas maneras, lo más posible es que haya dos fenómenos distintos en la ilusión de la mano ajena (tabla 3).

## Misoplejía

La misoplejía, del griego μισώ (*muso*) 'odio' y πλῆγια (*plegia*) y ésta a su vez de πλῆσσειν (*plessein*), 'afectar', fue descrita por Critchley<sup>236</sup> en pacientes que expresaban disgusto, desprecio o rechazo de una parte del cuerpo propio, a la que incluso vejaban y castigaban<sup>211</sup>. Se trata de un trastorno muy poco frecuente, de hecho Loetscher y cols.<sup>237</sup>, encontraron sólo seis publicaciones con casos que padecieran este trastorno, la mayoría, aunque no todos mostraron estos signos en los miembros débiles o paralizados. Para Critchley en la misoplejía juegan un papel importante rasgos premórbidos de la personalidad, sobre todo hipocondríacos, que pueden determinar el cambio súbito en la interpretación y conocimiento del funcionamiento del cuerpo<sup>238</sup>.

## Neurobiología de la misoplejía

La misoplejía se produce como consecuencia de accidentes cerebro-vasculares aunque también existen datos que justifican los tumores como causa de la misoplejía cuando existen alteraciones en tres áreas corticales específicas como son: el lóbulo parietal derecho, tálamo óptico derecho y radiaciones tálamo-parietales<sup>210, 211</sup>.

## Prosopagnosia

La prosopagnosia consiste en la incapacidad para reconocer al natural o en fotos caras de personas conocidas o famosas. En casos extremos el paciente puede no llegar a

reconocerse a sí mismo en un espejo. En algunos casos los pacientes con prosopagnosia pueden reconocer caras de desconocidos pero no las caras familiares.

Hay dos tipos de prosopagnosia. En el primero, **prosopagnosia aperceptiva**, está alterado el análisis de la estructura del rostro, en lo que afecta a la expresión facial y a la identificación de rasgos y características del mismo (sexo, edad o raza), lo que impide discernir la familiaridad la percepción de la cara. El segundo, **prosopagnosia asociativa o prosopamnesia**, lo que falla es el reconocimiento del rostro a pesar de un buen análisis estructural del mismo.

## Neurobiología de la prosopagnosia

Hasta hace poco tiempo se consideraba que para que se presentara una prosopagnosia bastaba una lesión del hemisferio derecho que afectara al lóbulo occipital, al parietal, al temporal o a diferentes combinaciones de los mismos<sup>239-242</sup>. Sin embargo, con el paso del tiempo se han ido describiendo alteraciones prosopagnósicas en lesiones en otras localizaciones cerebrales.

Para Meadows<sup>243</sup> lo importante en las lesiones bilaterales de predominio derecho es la lesión bilateral del fascículo longitudinal inferior que atraviesa las circunvoluciones de la língula y fusiforme en la región medio-basal de la encrucijada occipito-temporal, cuya consecuencia es la desconexión de las áreas visuales de ambos lóbulos occipitales del lóbulo temporal derecho y del sistema límbico. De la evaluación de hallazgos post-mortem y de tomografía axial computerizada han deducido Damasio y cols.<sup>244</sup> que la prosopagnosia está asociada a un daño y a una afectación funcional bilateral del sistema visual central (región occipito-temporal mesial), los cuales impiden la evocación del contexto específico del estímulo visual.

Por su parte, Rapcsak et al.<sup>245</sup> encontraron falsos reconocimientos de caras sin prosopagnosia como consecuencia de lesiones en áreas prefrontales derechas, lo que posiblemente es una forma de confabulación, en la que la familiaridad era erróneamente atribuida a un rostro percibido sin tener la activación normal de la representación mnésica correspondiente.

Otros autores<sup>246, 247</sup> han referido casos de prosopagnosia con hipoemocionalidad visual, en los que el paciente pierde el placer estético visual como consecuencia de la desconexión de los lóbulos temporales y del sistema límbico por una lesión bilateral del fascículo longitudinal inferior.

En resumen, el reconocimiento de un rostro familiar es una tarea compleja que requiere la participación de un gran número de regiones cerebrales. Unas están involucradas en la percepción visual (corteza parieto-occipital responsable de asociación visual, donde se construye la imagen de la cara), otras en la evocación de recuerdos de las mismas (hipocampo) y de procesos afectivos asociados (áreas fronto-

Tabla 3 Características de los dos tipos de mano ajena<sup>950</sup>

	TIPO FRONTAL	TIPO CALLOSO
Mano implicada	Dominante	No dominante
Reflejo de grasping asociado	Frecuente	Raro
Localización de la lesión	Medial-frontal izquierdo y cuerpo caloso	Cuerpo caloso con frontal bilateral o sin daño frontal
Frecuencia de movimientos	Frecuente, compulsivo	Ocasional
Estímulos desencadenantes	A estimulación visual o táctil	Activado por la acción de la mano dominante
Conflicto intermanual	Ocasional	Frecuente
Restricción de acciones	Frecuente	Rara
Apraxia del miembro	Ocasional en ambas manos	Comúnmente apraxia del miembro implicado (izquierdo)
Manipulación compulsiva de objetos	Frecuente	Nunca

temporales) y otras en aquellas que permiten integrar el rostro en su contexto (áreas prefrontales). En los últimos años se ha venido dando un papel importante al *gyrus fusiformis*, que ha sido llamado área fusiforme del rostro<sup>248</sup>.

### Agnosia táctil y asterognosia

La agnosia táctil es una agnosia que afecta al sentido del tacto, en especial al de los dedos. La asterognosia es la incapacidad de reconocer e identificar objetos mediante el tacto a pesar de la integridad de las vías sensitivo-táctiles, de tal manera que los pacientes tienen dificultades para reconocer objetos, números, letras, texturas, materiales o formas al tocarlos con los dedos o deslizar estos sobre su superficie, o cuando su tamaño es adecuado dándole vueltas entre los dedos. Es un caso típico de agnosia-apraxia.

Un caso particular de la agnosia táctil es la **simultagnosia**, en la que el paciente no puede percibir e integrar diferentes objetos simultáneamente, aunque individualmente sí que los pueden reconocer. El cuadro es generalmente debido a lesiones parieto-occipitales, lo que parece sugerir que la percepción simultánea del "campo visual espacial" es necesaria para la percepción sincrónica de varios objetos, que para ser percibidos necesitan ser situados en el espacio visual.

### Neurobiología de la agnosia táctil y asterognosia

Ambas, agnosia táctil y asterognosia tienen elementos comunes, pero también otros diferenciales, sobre todo en lo que concierne a sus bases neurobiológicas.

La sensibilidad táctil, a diferencia de la sensibilidad auditiva o visual no tienen la misma intensidad en todo el cuerpo, de hecho tienen mucha mayor sensibilidad la cara y los dedos que las piernas o a espalda por poner algún ejemplo.

La información somatosensorial llega a la corteza cerebral a través de dos vías principales, la vía lemnisco medial-dorsal, que lleva la información sobre el tacto y la propiocepción y la vía lemnisco antero-ventral que lleva la información sobre el dolor y la temperatura. En la corteza cerebral hay tres áreas involucradas en la codificación, análisis e interpretación de la información táctil, la última de ellas subdividida en dos partes:

1. La corteza somatosensorial primaria (SI), que corresponde a las áreas 1, 2 y 3 de Brodmann, que tiene conexiones con la corteza motora primaria (área 4 de Brodmann), con la corteza somatosensorial secundaria (SII) y con la corteza de asociación parietal (áreas 5 y 7 de Brodmann). Estas áreas están implicadas en el reconocimiento táctil (área 3), en la elaboración de la información sensorial (áreas 1 y 2).
2. La corteza somatosensorial secundaria (SII), que se sitúa centralmente a la SI en la circunvolución postcentral (parte de las áreas de Brodmann 40 y 43), que recibe gran parte de las señales de SI.
- 3a. La corteza somatosensorial asociativa (SIII), que está en la cercanía del área SII, que incluye las áreas 5 y 7 de Brodmann y que está implicada en procesos táctiles cognitivos complejos así como en la integración de estimulación multimodal en conexión con áreas terciarias parieto-occipito-temporales.
- 3b. La corteza somatosensorial asociativa (SIV), también cercana anatómicamente al área SII, que incluye la cor-



teza insular posterior, y también implicada en procesos táctiles cognitivos complejos así como en la integración de estimulación multimodal en conexión con áreas terciarias parieto-occipito-temporales.

El estudio de dos pacientes con agnosia táctil unilateral en los que existía una alteración en el reconocimiento de diferencias sutiles de propiedades geométricas de objetos, se encontraron lesiones en la circunvolución postcentral en el área somatosensorial secundaria y en el cortex parietal posterior, de lo que podría deducirse que existen dos redes neuronales paralelas para el procesamiento táctil<sup>249</sup>. De hecho, hay dos vías de procesamiento de la información somatosensorial, cuyas respectivas lesiones podrían diferenciar la asternognosia de la agnosia táctil. Una vía ventral está relacionada con el reconocimiento, el aprendizaje y memoria táctil de objetos y su lesión daría lugar a la agnosia táctil mientras que la vía dorsal está relacionada con la integración y organización espacio-temporal de la percepción somatosensorial y su lesión daría lugar a una asternognosia.

Sin embargo, hay lesiones en otras localizaciones que pueden dar lugar a agnosias táctiles. Así, un paciente con una agnosia táctil de los dedos de la mano izquierda tenía una lesión del esplenio del cuerpo calloso<sup>250</sup>, lo que da a entender que síndromes de desconexión pueden estar involucrados más allá de las propias lesiones de la sustancia gris en el reconocimiento táctil. Otro paciente tenía una agnosia táctil bilateral como consecuencia de una lesión subcortical bilateral del surco angular, de lo que Nakamura y cols.<sup>251</sup> dedujeron que una agnosia táctil puede ser consecuencia de la desconexión entre áreas somatosensoriales corticales y temporales inferiores mediadas por el giro angular. Es posible que haya que admitir la existencia de alguna red más, ya que lesiones en el área somatosensorial primaria de circunvolución postcentral del lóbulo parietal derecho, pueden por sí solas dar lugar a una agnosia táctil<sup>252</sup> como sucedió en el caso de un sujeto de 73 años que una isquemia aguda dio lugar a un comienzo brusco de la mano izquierda ajena (*left alien hand*) sin ningún tipo de hemiparesia y con plena integridad de las funciones somatosensoriales básicas pero con déficits importantes en el reconocimiento de perfiles, tamaño y textura de los objetos.

Un amplio estudio<sup>253</sup> llevado a cabo con 84 pacientes que tenían lesiones a diferentes niveles del sistema nervioso, desde los nervios periféricos hasta la corteza cerebral llegó a la conclusión que los pacientes con daño severo del sistema nervioso periférico tienen mayores déficits en los procesos de reconocimiento táctil de objetos, que los que tenían lesiones de la corteza cerebral y que ni una hemiparesia ni una hemianopsia por sí solas impiden la normalidad en el reconocimiento táctil de objetos, que la negligencia unilateral contribuye substancialmente al deterioro en el reconocimiento táctil de objetos, que el déficit en el reconocimiento táctil de objetos puede darse en la ausencia de una disfunción somatostésica básica, que la agnosia táctil es un trastorno sutil, no invalidante que debe ser distinguido del

trastorno no agnósico, severo y que invalida como es la asternognosia y por último que la agnosia táctil es la consecuencia de una lesión unilateral de la corteza parieto-temporal en la que se incluye el cortex somatosensorial secundario de cualquier hemisferio.

La **simultagnosia** es generalmente debida a lesiones parieto-occipitales lo que parece sugerir que la percepción simultánea del "campo visual espacial" es necesaria para la percepción sincrónica de varios objetos, que para ser percibidos necesitan ser situados en el espacio visual.

### Síndrome de Gerstmann

En 1924 Josef Gerstmann<sup>254</sup> describió un síndrome caracterizado en un primer momento por agnosia digital (incapacidad para reconocer los dedos de las propias manos y los de las de los demás), tras lesiones localizadas en el *gyrus angularis* del hemisferio izquierdo. Con posterioridad investigaciones del propio Gerstmann<sup>255</sup> y de otros autores asociaron a la agnosia digital otros signos tales como, acalculia, agrafia y desorientación derecha-izquierda. Es posible que con anterioridad a los casos publicados por Gerstmann ya se hubieran conocido otros con el mismo cuadro clínico<sup>256</sup>. Así, Badal, un oftalmólogo francés, describió en 1888 una paciente que no sabía nombrar sus dedos, ni clasificarlos de 1 al 5, que tenía agrafia y además confundía la derecha y la izquierda<sup>257</sup>.

El síndrome de Gerstmann ha sido objeto de controversias. La mayoría de las críticas a su existencia son debidas, en nuestra opinión, a la dificultad de concebir los mecanismos subyacentes a un conjunto de síntomas aparentemente dispares<sup>258</sup>.

En su forma más completa, este síndrome consta de agnosia los dedos, acalculia, agnosia derecha-izquierda (puesta de manifiesto por confundir entre sí ambas manos o dischiria), agrafia (apraxia de la escritura manual). Suele producirse por lesiones del *gyrus angularis* del hemisferio izquierdo. ¿Por qué la presencia de síntomas tan dispares? La razón fue propuesta por Zutt<sup>259</sup>: la afectación básica es la agnosia de los dedos y de la mano. La acalculia es consecuencia de que los cálculos mentales los aprendimos de niño contando con los dedos, es decir con el esquema mental y cerebral de los dedos. El mismo mecanismo explica la agnosia derecha-izquierda, ya que derecha es lo que está donde está mi mano derecha e izquierda allí donde cae la mano contralateral.

Recientemente Rusconi y cols.<sup>260</sup> han propuesto que el síndrome de Gerstmann podría ser consecuencia de desconexiones de estructuras subcorticales parietales de la sustancia blanca lo que permitiría poder entender alteraciones en varias habilidades asociadas con el lóbulo parietal. Una justificación a esta postura viene dada por Ardila y Roselli<sup>261</sup>, quienes sugieren que conexiones profundas entre los cuatro déficits neuropsicológicos del síndrome de Gerstmann podrían explicarse en base al sistema de aprendizaje

con el que los niños aprenden a escribir, calcular y discriminar la lateralización cerebral mediante el uso de los dedos de las manos, como ya había señalado Zutt<sup>262</sup>.

Según Strauss<sup>263</sup> lo que caracteriza al síndrome de Gerstmann es la pérdida de la capacidad para organizar de un modo unitario direcciones opuestas en el espacio o para dividir esta unidad de acuerdo con direcciones opuestas. Los dedos de la mano repiten el esquema derecha-izquierda porque el pulgar y el meñique apuntan en direcciones opuestas. La escritura, que no es más que una construcción espacial de las letras, presupone la existencia de una capacidad para diferenciar direcciones diversas y establecerlas de antemano en un esquema, como es el caso de las letras b y d. Los números también siguen el mismo principio. Los niños conocen una serie de números y enumeran los dedos de una mano pero tardan más en aprender a sumarlos, de tal manera que conocen primero los números cardinales y luego los ordinales y aprenden a sumar al tiempo que son capaces de distinguir la derecha y la izquierda. Aunque al principio son capaces de conocer una serie de números y enumerar los dedos de la mano, no son capaces de sumarlos para formar una unidad de cinco, lo aprenden al tiempo que son capaces de distinguir la derecha de la izquierda.

Las más elevadas habilidades dependen de la unificación de los opuestos. Por ejemplo, un buen violinista coordina los movimientos de la mano izquierda y los dedos con el hombro y brazo derecho: la experiencia clínica señala al lóbulo parietal derecho (circunvoluciones supramarginal y angular), que está conectado con las zonas somatoestésicas de la circunvolución parietal ascendente, las áreas ópticas del lóbulo occipital y áreas acústicas del lóbulo temporal como una estructura que sí afecta a este síndrome.

### Neurobiología del síndrome de Gerstmann

Aunque Gerstmann describió el síndrome a partir del caso de una mujer de 52 años que había sufrido un accidente cerebro-vascular en región angular izquierda, trabajos posteriores han asociado dicho síndrome con otras etiologías además de las vasculares, como tumorales, atrofia cortical, traumatismos craneoencefálicos, encefalopatías, entre otras<sup>260, 264</sup>.

El aumento de signos asociados con este síndrome ha dado lugar a una localización mucho más amplia que la sugerida en primer momento por Gerstmann, incluyendo amplias zonas del lóbulo parietal izquierdo, con mayor incidencia en la circunvolución angular izquierda, asociadas con este síndrome.

Existe actualmente una controversia en cuanto a la localización y a los diferentes síntomas que componen el síndrome puro de Gerstmann. Para Benton<sup>265, 266</sup> los déficits neuropsicológicos asociados con el síndrome de Gerstmann podrían estar asociados con déficits globales diferentes como pueden ser el deterioro mental o la afasia y sugiere que el deterioro de las

funciones verbales podría ser la causa de los cuatro síntomas del síndrome de Gerstmann. Para otros es muy difícil defender teóricamente la ligazón entre afasia y los síntomas del síndrome de Gerstmann que defendía Benton<sup>267, 268</sup>.

El síndrome de Gerstmann, se ha considerado como formando parte de un complejo sintomatológico asociado a lesiones entre las diferentes conexiones parieto-temporo-occipitales<sup>258</sup>. Por otra parte, técnicas de neuroimagen han permitido poner de manifiesto una desconexión entre áreas subcorticales y corticales debido a la alteración de la sustancia blanca del lóbulo parietal, y se ha postulado que esta desconexión está en la base del síndrome y podría ser su causa neuropatológica<sup>269-273</sup>.

Estudios de neuroimagen y neurofuncionales recientes dejan bastante claro que el síndrome puro de Gerstmann, tal como él lo definió, podría estar asociado a la lesión del *gyrus angularis* del hemisferio izquierdo. Estudios de estimulación eléctrica de la corteza cerebral apoyan la hipótesis de Gerstmann, ya que ha podido reproducir los cuatro síntomas del síndrome de Gerstmann estimulando la circunvolución angular izquierda<sup>274</sup>.

### Síndrome de Balint-Holmes

Balint publicó en 1909<sup>275</sup> el caso de un enfermo que tenía una incapacidad para ver más de un objeto a la vez y para alcanzar con precisión con la mano un objeto percibido con la vista. A esto último lo denominó *ataxia óptica*.

El síndrome de Balint se distingue de la negligencia unilateral espacial en que la agnosia es independiente de la localización espacial. Para Holmes y Horrax en 1919<sup>276</sup> este cuadro se debe a un defecto en la orientación viso-espacial y a él pertenecen dos signos más, restricción de la atención a un sólo objeto en el espacio (*simultagnosia*) y la desorientación espacial.

El cuadro clínico completo es poco frecuente y con el paso del tiempo se han ido añadiendo síntomas y signos al síndrome de Balint-Holmes, de tal manera que hoy se considera integrado por:

#### 1. Ataxia óptica.

La ataxia óptica consiste en la dificultad para alcanzar objetos percibidos con la vista, en ausencia de déficits viso-motores. Por ejemplo, el paciente no logra marcar con un lápiz un punto una circunferencia dibujada en un papel, porque es incapaz de percibir simultáneamente la figura y la punta del lápiz, y así pierde la primera cuando se fija en el lápiz y viceversa. La ataxia óptica es una alteración oculomotriz secundaria a la "incapacidad para orientarse y localizar correctamente en el espacio los objetos que ha visto"<sup>276</sup>.

#### 2. Simultagnosia.

La simultagnosia es un deterioro de la capacidad de integrar escenas visuales complejas, que se suele traducir por la imposibilidad de prestar atención a más de un objeto a

la vez, de tal manera que el fijarse en un segundo objeto hace que el primero desaparezca del campo perceptivo. Hay dos tipos de simultagnosia, la dorsal u occipitoparietal, característica del síndrome de Balint-Holmes, que se acompaña de ataxia óptica y desorientación visoespacial y la ventral u occipitotemporal, que se acompaña de alexia pura, prosopagnosia, anomia visual, agnosia visual. En esta última la simultagnosia consiste en una limitación del número de objetos que pueden reconocerse en un tiempo dado, por lo que las descripciones de los enfermos son lentas y penosas, como si leyeran letra a letra.

### 3. Desorientación espacial.

La desorientación espacial es la incapacidad del sujeto para orientarse y para localizar correctamente en el espacio objetos que ha visto. No puede indicar la localización de los objetos, ni señalando (ataxia óptica), ni verbalmente.

### 4. Deterioro de la capacidad de estimar la distancia y la profundidad.

La pérdida de visión de profundidad es una consecuencia de la pérdida de percepción topográfica, así como de un fallo en la percepción de la distancia. La alteración afecta no sólo al espacio tridimensional sino también al pictórico, y el enfermo es incapaz de percibir la profundidad creada por la perspectiva, por los cambios de nitidez o por el solapamiento de los objetos.

### 5. Apraxia de la mirada.

La apraxia de la mirada consiste en la incapacidad de cambiar el punto de atención de una escena.

### 6. Deterioro de la atención visual.

Este deterioro impide al paciente focalizar su atención y a pesar de conservar campos y agudeza visuales normales, el enfermo sólo puede percibir un objeto y a penas si puede cambiar la dirección de su mirada ni reconocer otros objetos. Se acompaña de desorientación espacial. Esta alteración de la atención se traduce por la presencia de movimientos sacádicos, lentos e imprecisos de la mirada, a no ser que sean guiados por el sonido o el tacto.

### 7. Trastornos en el lenguaje escrito.

El síndrome de Balint-Holmes puede acompañarse de otras alteraciones cognitivas tales como déficits en la memoria a corto plazo, en la orientación, representación y reconocimiento viso-espacial y sobre todo en la negligencia espacial.

La consecuencia de todos estos déficits es una incapacidad marcada para ejecutar movimientos voluntarios en respuesta a estímulos visuales, tanto que en los casos más graves el enfermo se comporta como si fuera una persona ciega y desvalida, que vive un mundo caótico de escenarios simultáneos complejos, que no alcanza a comprender, incapaz de orientarse en él y de localizar en él los objetos percibidos.

## *Neurobiología del síndrome de Balint-Holmes*

El síndrome de Balint-Holmes se presenta tras la aparición de lesiones bilaterales de la encrucijada parieto-occipital

(*gyrus angularis*, zona dorso-lateral del lóbulo occipital, área 19) y a menudo el precúneo (lóbulo parietal superior), pero suelen estar respetadas la circunvolución supramarginal y la temporal superior precúneo. Además la ataxia óptica ha sido considerada como una consecuencia de la desconexión entre el cortex asociativo y visual parieto-occipital y el cortex motor y promotor frontal, dado que muchos de los signos de la ataxia óptica son similares a los de la agnosia visual<sup>277</sup>, cuya lesión se produce en el cortex asociativo dorsal<sup>114</sup>.

Aunque es relativamente raro también se han encontrado síntomas propios del síndrome de Balint, como consecuencia de hipoxias o hemorragias intracraneales con lesiones en los lóbulos parietales en niños<sup>278, 279</sup>, tales como ataxia óptica, simultagnosia, apraxia oculomotoriz, déficits espaciales, dificultades para leer y escribir palabras largas en orden correcto, por enumerar algunos de los más frecuentes en esa edad. Sin embargo, la red neuronal que contribuye al desarrollo de estas funciones neuropsicológicas, atención, memoria a corto plazo y representación espacial van más allá de la actividad de los lóbulos parietales e incluyen la actividad de las áreas premotoras derechas<sup>280</sup>.

## **Síndrome de heminegligencia espacial unilateral**

El síndrome de heminegligencia o de Pözl<sup>281</sup> ya fue tenido en cuenta por Babinski<sup>282</sup>. Se trata de una agnosia acompañada de un déficit de la atención debido al cual el enfermo se muestra indiferente e ignora una mitad del cuerpo o del espacio circundante, generalmente del lado derecho. A veces hay también interferencia con actividades de la vida diaria tales como vestirse, leer o escribir. La heminegligencia se pone de manifiesto cuando se solicita al paciente reconocer partes de su cuerpo y objetos ambos situados en el lado afectado. Por ejemplo, es incapaz de señalar de los objetos colocados en una mesa todos los que están en el lado izquierdo<sup>283</sup>.

## *Neurobiología de la heminegligencia espacial unilateral*

El síndrome de heminegligencia se produce tras lesiones del hemisferio derecho (alrededor del 50% de lesiones derechas frente a un 10% de lesiones izquierdas) en particular de la corteza parietal posterior-inferior, las cuales pueden dar lugar a déficits de la memoria viso-espacial a corto plazo, de la encrucijada temporo-parietal y de circuitos que incluyen la corteza premotora derecha.

Es importante tener en cuenta que hay una asimetría en el proceso de atención ya que el hemisferio derecho atiende selectivamente a ambos hemicampos mientras que el izquierdo sólo al hemicampo derecho<sup>284</sup>. Así, tras la estimulación de un hemicampo visual aparece una desincronización del EEG en el lóbulo parietal del hemisferio izquierdo cuando ésta se produce en el hemicampo derecho, mientras que la desincronización en el lóbulo parietal del hemisferio

derecho tiene lugar con estimulación de cualquiera de los dos campos visuales<sup>285</sup>. Algo semejante ocurre con la tomografía de emisión de positrones (PET), ya que el hemisferio izquierdo es activado por estímulos contralaterales y el derecho por estímulos bilaterales<sup>286</sup>. En los sujetos diestros existe una preferencia atencional por el hemicampo izquierdo mientras que la mayoría de los zurdos la tienen hacia el lado derecho<sup>287</sup>. Puede pues afirmarse que el hemisferio derecho es dominante para la atención.

Para Heilman y cols.<sup>288, 289</sup> en la base de la heminegligencia hay dos tipos de déficits, uno atencional y otro intencional. Éste último afecta al inicio de un movimiento hacia estímulos en el espacio contralateral a la lesión. En la afectación del hemisferio derecho aparece un déficit en el hemicampo izquierdo, mientras que las lesiones en el hemisferio izquierdo no producirían tal déficit, porque el hemisferio derecho, dominante para las funciones y habilidades de tipo viso-espacial y viso-constructivo, ejerce también control bilateral sobre ambos hemicampos, izquierdo y derecho.

Para otros autores lo que sucede en pacientes con negligencia unilateral, en especial cuando hay un daño parietal derecho, es una interrupción de la atención a estímulos espaciales. Dicha interrupción afecta, no sólo a tareas que exigen detectar un estímulo, sino también a tareas de búsqueda visual<sup>290-292</sup>. En consecuencia, para Bisiach y Luzzatti<sup>293</sup> la heminegligencia espacial no es sólo un defecto de atención sensorial sino también un déficit de los mecanismos de activación de las representaciones de la memoria espacial.

Otras investigaciones se han centrado en la competencia mutua entre ambos hemisferios<sup>294</sup>, que sería secundaria a un desequilibrio de la rivalidad entre los mismos<sup>295, 296</sup> o de una alteración en los procesos motores encargados de la programación de los movimientos sacádicos<sup>297</sup>. Por último, para Mesulam<sup>298, 299</sup> el síndrome de heminegligencia puede ser explicado por la perturbación de una red en la que están implicadas la corteza parietal posterior, involucrada en la representación sensorial interna, la corteza límbica y cingular, que tiene que ver con la valencia de motivación, la corteza frontal, responsable de la coordinación de los programas motores de exploración, y la formación reticular. La lesión de alguna de estas áreas o de sus conexiones subcorticales puede dar lugar a una heminegligencia espacial, cuyos síntomas clínicos reflejan la especialización anatómica derecha responsable de los procesos viso-espaciales y de la organización del esquema corporal.

## Anosognosia

La anosognosia consiste en la incapacidad para reconocer o integrar en la experiencia corporal una enfermedad, déficit o discapacidad sobrevenida. Esta falta de conciencia suele ser permanente y estable a lo largo del tiempo.

El término anosognosia, del griego *a* 'sin', *nosos* (*nosos*) 'enfermedad' y *gnōsia* (*gnosia*) 'conocimiento', fue emplea-

do por primera vez en 1914 por Babinski<sup>282</sup> en dos pacientes con hemiplejía izquierda que ignoraban "o parecían ignorar" su defecto motor, a pesar de conservar un buen nivel de vigilancia y una buena capacidad de juicio para otras actividades. Uno de ellos era una paciente con hemiplejía cerebral izquierda y ceguera que parecía no ser consciente de su parálisis y que además estaba confusa, desorientada en espacio y tiempo y tenía alucinaciones visuales. Babinski señaló que lo más importante era la localización espacial de la lesión en el hemisferio izquierdo y se preguntó si sucedería lo mismo en el caso de hemiplejía cerebral derecha<sup>300</sup>.

La referencia más antigua a la falta de reconocimiento de un déficit es de von Monakow en 1885<sup>301</sup> a propósito de un paciente con ceguera cortical que no percibía su defecto. Más tarde Jackson<sup>302</sup> publicó un caso en el que el paciente no percibía una hemiplejía izquierda y Anton<sup>303</sup> describió varios casos de ceguera y sordera corticales acompañadas de una hemiplejía que no se daban cuenta de la existencia de esas secuelas. La anosognosia no se limita a su aparición asociada a una hemiplejía izquierda como en la descripción original de Babinski, ni a la ceguera cortical de Anton, ya que se presenta también en pacientes con hemianopsia, afasia y otros déficits cognitivos o con amnesias en un síndrome de Korsakov o en lesiones basales del lóbulo prefrontal. Charles Dickens sufrió en los últimos años de su vida una hemiplejía y otros síntomas consecuencia probable de una lesión parietal derecha, entre ellos una hemiparesia y dolores en el pie izquierdo. Con el tiempo el escritor comenzó a negar su discapacidad y escribió<sup>304, 305</sup>:

*"Nunca en mi vida me había encontrado mejor y pongo en duda que alguien estuviera o hubiera estado mejor que yo, y no había tenido nada de lo que preocuparme excepto aquel pie oprimido, que fue sólo cosa de pocos días".*

No hay que confundir la anosognosia con la falta de conciencia de enfermedad presente en muchos enfermos delirantes. En el primer caso se trata de un trastorno de la percepción corporal en el que el sujeto ignora un miembro enfermo (parésico) o una función (la percepción visual), en el segundo afecta a la convicción de realidad de los contenidos delirantes, por mucho que a ésta se le pueda atribuir una base cerebral (alteraciones funcionales de los lóbulos frontal y parietal)<sup>306, 307</sup>. Lo mismo cabe decir de la negación presente en muchos trastornos neuróticos y la anosodiaforia o la *belle indifférence* de la histeria, a pesar que se haya propuesto un mecanismo neurobiológico común para ambos.

En el mismo trabajo en el que describió la anosognosia, Babinski introdujo el término *anosodiaforia*, del griego *nosos*, 'enfermedad' y *αδιαφορά* (*a-diaphora*) 'indiferencia' para referirse a la indiferencia a la propia enfermedad, que Anton<sup>180, 308</sup> ya había descrito y que consideró como un trastorno de menor gravedad. La falta parcial de conciencia de enfermedad puede ser debida a la llamada de atención por parte de terceros sobre la discapacidad, a la consecuencia de la propia experiencia o al aplanamiento afectivo asociado a la lesión cerebral<sup>309</sup>.

La anosognosia se ha explicado desde perspectivas muy diferentes y es posible que no haya una unívoca<sup>310</sup>. Las más importantes son:

1. Razones psicológicas.

Weinstein y Kahn defendieron que a la discapacidad atribuible a una lesión cerebral se asociaba un mecanismo de negación, probablemente en relación con el estilo de afrontamiento de la persona<sup>311</sup>. Sin embargo, hay que diferenciar claramente lo que es la negación de un acontecimiento que es rechazado fuera de la conciencia, de la imposibilidad de reconocerlo, que es lo que caracteriza a la agnosia. Por otra parte, esta hipótesis no explica del todo la lateralidad del fenómeno, de predominio izquierdo, ni las experiencias con el test de Wada en enfermos candidatos para cirugía de la epilepsia. Este test consiste en la inyección intracarotídea de un anestésico de breve duración (por ejemplo, metohexital) para identificar al hemisferio dominante<sup>312-314</sup>. Tampoco es consistente con la experiencia clínica y la bibliografía sobre ictus<sup>315, 316</sup>, que apoya el que la anosognosia se presenta ante todo con alteraciones del hemisferio derecho<sup>310, 317</sup>. La negación puede ser accesible a una intervención psicoterapéutica, la agnosia requiere una rehabilitación, por ejemplo, recurriendo a espejos<sup>318</sup>.

2. Síndrome confusional.

Para Hecaen y Albert<sup>319</sup> la anosognosia es secundaria a un estado confusional, que ha sido atribuida a disfunciones del hemisferio derecho<sup>320</sup>. Sin embargo, hoy parece claro que más bien se trata más de un aplanamiento afectivo debido a la lesiones del hemisferio derecho<sup>309</sup> o de un déficit atencional<sup>321</sup>, más que de un trastorno de conciencia.

3. Alteración de la retroalimentación (feedback) sensorial.

Esta hipótesis defiende que la anosognosia asociada a la hemiplejía puede ser debida a la afectación del *feed-back* sensorial<sup>322</sup>, que puede afectar tanto a los estímulos somato-sensoriales como a los visuales. Sin embargo, se ha podido comprobar que en los casos estudiados, la debilidad sensorial no tiene la suficiente intensidad como para provocar el cuadro clínico<sup>323</sup>. Por otra parte, hay una larga serie de estudios que demuestran que la anosognosia no es simplemente una consecuencia de una asomatognosia<sup>310, 323</sup>, ya que afectaciones del lóbulo parietal pueden producir anosognosia<sup>324</sup>.

4. Desconexión interhemisférica.

Para Geschwind<sup>325</sup> la anosognosia es debida a una desconexión interhemisférica, en la cual lesiones del hemisferio izquierdo dan al traste con la monitorización sensorial de ambos hemisferios, mientras que las lesiones del derecho distorsionan la monitorización del hemisferio izquierdo intacto. Como este hemisferio media en el habla y el lenguaje, en la ausencia de una información veraz del hemisferio derecho, el izquierdo, ileso, el "cerebro elocuente" crea respuestas a las funciones que pertenecen al hemisferio derecho dañado, respuestas que pueden ser confabulatorias.

Para Devinsky<sup>167</sup> en los síndromes de mala identificación delirante, como la paramnesia reduplicativa o el síndro-

me de Capgras y otros relacionados con ellos como las confabulaciones y la anosognosia existe una disfunción bifrontal y del hemisferio derecho<sup>326</sup> producida por una lesión vascular o de otra naturaleza, que daría lugar a una afectación de la monitorización del sí mismo, de las fronteras del yo y de la asociación de valencias emocionales y sentimiento de familiaridad a los estímulos. A este deterioro se sumaría una hiperactividad de áreas intactas del hemisferio izquierdo, que darían lugar a distorsiones de las funciones afectadas de naturaleza delirante.

5. La teoría expectativa o del *feedforward*.

Se trata de una hipótesis propuesta y desarrollada por Heilman<sup>327</sup>, cuya base es que no puede reconocerse un fracaso en la acción si previamente no se tiene una expectativa de la misma. En consecuencia el reconocimiento de una discapacidad se basa, al menos en parte, en la activación de sistemas motores y premotores que desencadenan la acción y simultáneamente activan la representación corporal al término de la acción. En consecuencia, en los trastornos motores no hay una correspondencia entre representación y resultado de la acción y aparecen varios déficits: 1) del sistema acción-intención (fallo de la monitorización); 2) fracasos del *feed-back* por desaferentación o negligencia atencional; 3) disfunción del sistema de comparación (negligencia personal) y 4) desconexión entre el comparador (representación corporal) y las áreas del lenguaje del hemisferio izquierdo (confabulación).

### *Neurobiología de la anosognosia*

La anosognosia con hemiplejía es la más común de todas ellas y muchas veces es consecuencia de hemorragias vasculares circunscritas al hemisferio derecho, en especial de la corteza parietal posterior derecha<sup>328</sup>. De hecho, la anosognosia se presenta en el 20-50% de los accidentes cerebro-vasculares con hemiplejía izquierda y en el 5 a 10% de aquellos con hemiplejía derecha<sup>329</sup>.

Sin embargo, la anosognosia también se presenta en lesiones bilaterales de diferentes áreas córtico-subcorticales en las que se incluyen el lóbulo frontal, parietal y temporal<sup>330</sup>, la parte anterior de la ínsula y estructuras subcorticales adyacentes, corteza premotora, circunvolución del cíngulo, encrucijada parieto-temporal y estructuras temporales mediales tales como el hipocampo y la amígdala<sup>331</sup>. Técnicas de neuroimagen han conseguido localizar muchas más áreas asociadas con la anosognosia, entre ellas lesiones en el lóbulo frontal, la corteza parietal posterior derecha o de la corteza premotora de ambos hemisferios, lesiones corticales parietales, temporales e insulares del hemisferio derecho así como con lesiones subcorticales localizadas en tálamo y núcleos de la base<sup>332</sup>.

La anosognosia puede presentarse en pacientes con hemorragias intracraneales en el lóbulo frontal derecho y en ambos lóbulos mediales temporales, con extensión hacia la

corteza occipital, a parte de la cisura calcarina y a la parte posterior del cuerpo calloso<sup>333</sup>.

La afectación del lóbulo de la ínsula del hemisferio derecho y estructuras subcorticales adyacentes<sup>334, 335</sup> estructuras involucradas en la percepción del cuerpo, en concreto de la sensación de la propiedad del mismo, de la propia acción intencional o conciencia del movimiento<sup>336</sup>, como más adelante veremos, están involucradas en la anosognosia. Sin embargo, la coherencia de la experiencia del propio cuerpo depende de la integración tanto de los procesos de información eferente como la información aferente<sup>337</sup>, lo que implica redes neuronales córtico-subcorticales mucho más allá de la implicación de la ínsula.

Una anosognosia puede acompañar a otras patologías neurológicas como es el caso del síndrome de Anton-Babinski que se observa en las hemiparesias o hemiplejías izquierdas, la enfermedad de Alzheimer y la apatía que forma parte de ella<sup>338</sup>, el deterioro cognitivo leve<sup>339, 340</sup> y la esclerosis amiotrófica lateral con lesiones fronto-temporales<sup>341</sup>.

## Somatoparafrenia

La somatoparafrenia es un subtipo de anosognosia en la que los enfermos tienen una falta de identificación con un miembro, el cual consideran que pertenece a otra persona. Por ejemplo, para el paciente su brazo no es suyo, es del médico o del enfermo de la cama de al lado. Se trata de un fenómeno delirante o confabulatorio<sup>210, 342</sup>.

El término fue acuñado por Gerstmann en 1942<sup>343</sup>, a propósito de un paciente que refería que un hemicuerpo (o parte de él) pertenecía a otra persona, aunque con anterioridad Karl Jaspers en 1917<sup>342</sup>, refiere que un enfermo de Pözl, con hemiplejía izquierda declaraba que su mano paralizada probablemente era de otro paciente; en otros momentos sentía que a su izquierda había un extraño que quería echarlo a un lado.

En la somatoparafrenia la convicción delirante está dirigida a un hemicuerpo y desencadenada por una lesión cerebral focal, generalmente vascular. En ocasiones el paciente trata mal o incluso veja la parte del cuerpo que no considera suya (**misoplejía**). La mayoría de los delirios de la somatoparafrenia solamente se refieren al brazo y no a la cara, tronco o pierna<sup>344</sup>, aunque se han publicado casos de otras partes del cuerpo, por ejemplo un paciente que creía que el hemicuerpo izquierdo paralizado era de una mujer y tenía sensaciones eróticas con ella; otro que creía que su pierna era del paciente de la cama contigua o la paciente que creyó que su brazo izquierdo pertenecía a una hija, a una amiga, a un nieto y finalmente a un gato<sup>342, 343, 345</sup>.

La somatoparafrenia puede acompañarse o no, de anosognosia y de déficits motores y somatosensoriales y de un síndrome de heminegligencia espacial unilateral, todos ellos de predominio izquierdo.

## Neurobiología de la somatoparafrenia

La somatoparafrenia suele desencadenarse por una lesión cerebral focal, generalmente de origen vascular. Las lesiones suelen ser amplias, predominantemente frontales y orbito-frontales del hemisferio derecho, aunque hay casos descritos con lesiones posteriores (parieto-temporales) y de la ínsula y lo más verosímil es que ambos tipos de lesiones son necesarias para producir el cuadro clínico<sup>216</sup>.

## Heteropatognosia

La heteropatognosia es una incapacidad para identificar o señalar partes del cuerpo de otra persona, por ejemplo del médico, a pesar de que el lenguaje, la comprensión y el tacto no están afectados. Esto último permite descartar cualquier alteración visual o espacial que les impida reconocer la forma, tamaño, complejidad o composición del cuerpo<sup>346</sup>.

La heteropatognosia aparece en lesiones parieto-occipitales izquierdas involucradas en la denominación<sup>346, 347</sup>.

## Experiencias autoscópicas

Los fenómenos autoscópicos son ilusiones que afectan a la experiencia y pertenencia corporales. El término de heautoscopia, del griego *ἑαυτόν* (*heautós*) 'sí mismo' y *σκοπός* (*scopós*) 'mirar', 'observar', fue utilizado por primera vez por Menninger-Lerchenthal<sup>348</sup> para referirse a pacientes que describían sensaciones de estar fuera del cuerpo, de ver el propio cuerpo desde fuera, de verse a sí mismos como si tuviese un "doble" en el espacio circundante<sup>349, 350</sup> o como si su cuerpo se proyectase en el espacio visual externo<sup>351</sup>.

Menninger-Lerchenthal puso el fenómeno en relación con la tradición nórdica y germánica del *Doppelgänger*, lit., el doble caminante, el que anda al lado de uno mismo, que enlaza con otras más antiguas que se refieren a un doble de cada uno de nosotros, "el gemelo malvado", de mal augurio, cuya aparición es presagio de la muerte.

Jean Paul Richter hizo famoso al personaje en su novela *Tod und Hochzeit des Armenadvokaten Siebenkäs* (Muerte y boda del abogado de los pobres Siebenkäs) de 1796 en la que el protagonista finge su muerte y entierro para poder acabar con un matrimonio infeliz. Describe al *Doppelgänger* como "la persona que se ve a sí misma". Richter tuvo una gran influencia en Wilde, Poe, Dostoievski y Maupassant.

La heautoscopia es un fenómeno tan extraordinario que no es sorprendente que desde la antigüedad haya sido objeto de relatos literarios. Aristóteles la describe cuando dice que Actiferón<sup>352</sup>, mientras daba un paseo, notó que un reflejo de sí mismo encaminaba sus pasos hacia él. Oscar Wilde en *El Retrato de Dorian Gray*<sup>353</sup>, narra la historia de un hombre, obsesionado por su retrato, que envejece y carga con sus pe-

cados y excesos mientras él conserva su juventud y belleza. La relación entre Dorian y el retrato, es una clara alucinación autoscópica que, finalmente, enloquece al personaje, quien pone fin a su vida cuando intenta destruirlo. Edgar Allan Poe en el relato *William Wilson*<sup>354</sup> describe como el personaje dialoga con su doble y lo reta a un duelo, al final del cual le dice a su doble:

*Has triunfado y me doy por vencido, pero de hoy en adelante tu también estás muerto, muerto para el mundo, muerto para el cielo y para toda esperanza, en mí exististe y en mi muerte, date cuenta, por esta imagen que es la tuya, cómo te has asesinado a ti mismo.*

Guy de Maupassant, en "El Horla"<sup>355</sup>, describe su propia alucinación doble, en estos términos:

*¡Es él, es él, el horla que me persigue, llenándome la cabeza con estas locuras! ¡Está en mí, se ha convertido en mi alma...! ¡Le mataré...! ¡Le mataré! Le he visto, seguro que me espiaba, leía por encima de mi hombro, percibo su aliento en mi oreja; me levanté y no podía verme al espejo; está vacío, transparente, lleno de luz, pero yo no me reflejaba en él.*

La ausencia de su imagen en el espejo es un clásico ejemplo de autoscopia negativa. Dostoyevsky en *Los Hermanos Karamazov*<sup>356</sup>, narra su propia alucinación: "Estoy delirando, tú eres yo, yo mismo, aunque con una cara distinta". En su cuento, "El doble", relata los tormentos de Goldyadkin, un personaje perseguido por su doble a quien, después de varios encuentros, lo ve entrar en su casa, sentarse al borde de su cama y darle la bienvenida. En ese momento, se da cuenta de que el ser extraño es él mismo. Goethe menciona como vio su propia imagen "no con los ojos del cuerpo, sino con los del espíritu" cuando "se encontró consigo" alejándose de Drusenheim, vestido con las mismas ropas que había llevado en un viaje anterior<sup>357</sup>.

Lo más verosímil es que los casos descritos por literatos se correspondan a estas experiencias, a veces de naturaleza onírica, con la excepción de las relatadas por Dostoyevsky.

Foerster<sup>358</sup>, siguiendo a Wernicke<sup>359</sup> consideraba estos casos como la consecuencia de una disociación de la somatopsique, la cual estaría compuesta de dos elementos, uno sensorial específico y otro muscular, resultante del movimiento necesario para adaptación del órgano sensorial al estímulo recibido. El sentido de la realidad deriva de esa asociación entre los componentes musculares y sensoriales. Por el contrario, la disociación de los mismos y la no percepción o ausencia en la conciencia de los componentes miógenos daría lugar al síndrome de negación del cuerpo propio en cualquiera de sus formas. Deny y Camus<sup>360</sup> propusieron una teoría parecida. Para ellos el sentimiento de extrañeza provendría de una "agitación de los centros corticales donde están fijadas y registradas las imágenes de las sensaciones internas u orgánicas a las que debemos la noción de nuestra existencia corporal", es decir de la cenestesia.

Durante mucho tiempo se han considerado sinónimos heautoscopia y autoscopia, esta última del griego αὐτός (autos) 'propio', 'mismo' pero hoy se consideran fenómenos diferentes a pesar de cierto solapamiento<sup>361</sup>.

La tendencia actual es a distinguir entre sí cinco tipos de cuadros clínicos, de los cuales los cuatro primeros serían experiencias autoscópicas en sentido estricto<sup>362, 363</sup>:

#### 1. Alucinaciones autoscópicas.

La primera descripción de alucinaciones autoscópicas es la descripción de Wigan en 1844, sobre diferentes pacientes en que publicó bajo el título de *The Duality of the Mind*<sup>364</sup>, la psiquiatría francesa de finales del siglo XIX y principios del siglo XX identificó este fenómeno como **alucinación en espejo** puesto que los pacientes tenían la visión exacta de su imagen como si estuviesen viéndola en un espejo<sup>365, 366</sup>. A diferencia de la heautoscopia, el enfermo no se localiza a sí mismo en el segundo cuerpo. En las alucinaciones autoscópicas sólo partes del cuerpo que son vistas como imágenes especulares exactas. La descripción moderna más completa sobre alucinación autoscópica es la de Coleman<sup>367</sup> que la llamó **doble fantasma**.

Se ha descrito también una **autoscopia negativa**, en la cual el sujeto es incapaz de percibir su imagen en un espejo. El cuadro fue descrito por Sollier<sup>368</sup> y ha recibido el nombre de **síndrome de Maartecheen**, al parecer tras la aparición en You Tube de un video alemán ("*Verstehen Sie Spass? - Unsichtbar / Invisible*") en el que se manipulaba sugestivamente a la audiencia para hacer creer al público que padecían ese síndrome.

#### 2. Heautoscopia.

En la heautoscopia el paciente experimenta un segundo yo, un doble ilusorio en el espacio extratemporal y se localiza a sí mismo en este segundo yo. En los casos puros, el sujeto se siente como un cuerpo astral desplazado fuera del cuerpo y llama la atención la ingenuidad y espontaneidad con la que los afectados describen la experiencia. Para Sollier<sup>368</sup> la heautoscopia es una proyección fuera del cuerpo de las sensaciones cenestésicas, que se hallarían, de este modo, localizadas y objetivadas en el espacio exterior. No se trata de un fenómeno visual, ni de una alucinación y menos todavía de una alucinación visual. Primariamente se trata de una experiencia consistente y simple en la que la unidad de la experiencia del yo psicológico no se corresponde con experiencia del yo corporal. A partir de entonces, en los casos complicados, el sujeto agregaría atributos exteriores a la sensación cenestésica, revistiéndola con atributos externos o simplemente morales. Los fenómenos autoscópicos son complejos. La reduplicación no es una simple alucinación ya que afecta al propio sí mismo (*self*) y puede acompañarse de pensamientos, voces y acciones delirantes y de alteraciones depresivos e ideas de suicidio, en general acompañadas de un sentimiento de ser incapaces de analizar la realidad propia del fenómeno.

#### 3. Experiencias extracorpóreas.

Las experiencias extracorpóreas (*out-of-body-experien-*

ces) suelen tener lugar cuando el sujeto está en decúbito supino. Durante ellas, los pacientes se localizan a sí mismos fuera de sí mismos, en el espacio exterior, fuera de la ubicación de su propio cuerpo, viendo al mundo desde la distancia y a su cuerpo desde arriba o localizan su yo fuera del propio cuerpo<sup>368, 369</sup>. A veces utilizan el término de "doble" para describir este fenómeno psicopatológico.

#### 4. Sensaciones de presencia.

En la sensación de presencia el enfermo siente, pero no percibe, la presencia de otro cuerpo en el espacio extrapersonal, un cuerpo que suele ser de una persona conocida<sup>214</sup> y suele acompañarse de heminegligencia.

#### 5. Ilusión de la inclinación de la habitación.

En la ilusión de la inclinación de la habitación se produce de un modo repentino la sensación en el paciente que la habitación en la que se encuentra se ha girado de arriba abajo. El fenómeno puede durar segundos a horas y durante él el paciente localiza bien su cuerpo<sup>370</sup>. Puede ser debida a una lesión del tronco del encéfalo o del sistema vestíbulo cerebeloso pero también de la corteza parieto occipital o frontal<sup>371</sup>.

Esta ilusión tiene en común con la autoscopia la sensación de elevarse y flotar y el trastorno del espacio personal y extrapersonal<sup>368</sup>, pero en ella la sensación es de una falta de alineación con la gravedad, incluso de inversión total en el espacio exterior<sup>372, 373</sup>. Es probablemente debida a una falta de congruencia entre información visual y vestibular transitoria a nivel cortical<sup>374</sup>. En algunos de estos fenómenos hay participación vestibular y hay que tener en cuenta que a través de proyecciones a la encrucijada temporo parietal, en especial derecha<sup>375</sup> y a la ínsula posterior, la llamada corteza vestibular<sup>376</sup>.

### *Neurobiología de las experiencias autoscópicas*

#### 1. Alucinaciones autoscópicas.

Las investigaciones más antiguas ponían en relación este tipo de fenómeno con disfunciones parieto-occipitales<sup>348</sup>. Con el paso del tiempo los fenómenos autoscópicos se han asociado a otras alteraciones, entre ellas de la corteza prefrontal, de la encrucijada temporo-parietal derecha<sup>377-379</sup>, interferencias en las conexiones frontoparietales y también de áreas estriadas y extraestriadas occipitales derechas implicadas en el reconocimiento de las caras y el esquema corporal<sup>380</sup> y de lesiones vestibulares<sup>378, 381-383</sup> porque la corteza vestibular recibe información no sólo vestibular sino también propioceptiva, visual y táctil provenientes de todo el cuerpo<sup>384</sup>. Por ello no es de extrañar la observación de Lhermitte y Hécaen<sup>385</sup> que detectaron la presencia de un foco hemorrágico espino-bulbo-protuberancial en un enfermo que notó durante días, que sus miembros inferiores estaban en el aire, por encima del plano de la cama donde realmente reposaban.

Más recientemente se ha propuesto que las alucinaciones autoscópicas y experiencias del propio cuerpo serían

la consecuencia de lesiones en la corteza parieto-occipital derecha<sup>386, 387</sup> mientras que la distorsión y transformaciones del propio cuerpo podrían estar asociadas al lóbulo temporal<sup>388, 389</sup>.

De hecho, en estudios llevados a cabo con sujetos sanos, durante la realización de pruebas similares a los síntomas propios de las alucinaciones autoscópicas, demuestran que la encrucijada temporo-parietal y el corteza prefrontal podrían estar implicados en el conocimiento, procesamiento y experiencia de uno mismo, lo que daría a esta área un papel especial en la red cortical responsable de la conciencia de uno mismo<sup>390-396</sup>.

#### 2. Heautoscopia.

Las investigaciones más antiguas asociaban la heautoscopia a lesiones de las circunvoluciones angular y supramarginal<sup>348</sup>. Los datos más recientes apuntan a que la heautoscopia podría aparecer en lesiones en la encrucijada temporo-parietal izquierda<sup>382</sup>.

#### 3. Experiencias extracorpóreas.

Los primeros trabajos refirieron que las experiencias extracorpóreas estaban asociadas a lesiones en la parte superior del lóbulo parietal<sup>348</sup>. Más recientemente<sup>377, 397</sup> las experiencias extracorpóreas se han asociado a con lesiones derechas de la encrucijada temporoparietal derecha<sup>368, 397, 398</sup> de la corteza temporoparietal, frontoparietal o parieto-occipital.

#### 4. Sensación de presencia.

Este fenómeno suele presentarse en lesiones que afectan al hemisferio derecho, en especial a la corteza frontoparietal. Por otra parte, alteraciones de la encrucijada temporo-parietal se han descrito también en patologías como la esquizofrenia<sup>399-401</sup> o la depresión mayor<sup>366</sup>, por lo que no puede extrañar que personas con estos trastornos tengan **sensaciones de presencia**, del tipo descrito por Jaspers<sup>136, 402, 403</sup> en la esquizofrenia y la histeria. Este fenómeno se ha descrito también en sujetos normales en condiciones de privación sensorial o aislamiento social<sup>404</sup>.

### **Trastornos del yo corporal**

Entre los trastornos del yo corporal (*corporeal self*) se incluyen:

**Aloquiria (allochiria)**, del griego *αλλός* (*allós*) 'otro' y *χείρ* (*cheir*) 'mano'. Se trata de un trastorno descrito por Obersteiner en 1882<sup>405</sup> en el que una sensación es percibida en el lado opuesto del cuerpo o del espacio de donde se ha producido el estímulo (táctil o doloroso). La aloquiria ha sido considerada como un signo más de la heminegligencia espacial<sup>406</sup>.

**Alestesia o aloestesia (allesthesia, allachaesthesia)** (del griego *αλλάξε* (*allaché*) 'cambiado', 'en otro lugar' y *αἴσθησις* (*aísthésis*) 'sensación', 'percepción'): trastorno descrito por Stewart en 1894 en el que una sensación es percibida en un lugar distinto de donde se ha producido el



estímulo (táctil o doloroso), pero en la misma extremidad y lo diferenció de la aloquiria, en contra de la hipótesis unitaria de Jones, que por otro lado no ha sido suficientemente ratificada. Jones en 1907 reunificó ambos trastornos y consideró, a falta de un mejor conocimiento de las funciones parietales, que la aloquiria era de naturaleza histérica<sup>407</sup>.

**Alestesia visual:** Trastorno en el cual se produce una transposición de imágenes visuales de un hemisferio visual al otro<sup>408,409</sup>.

### *Neurobiología de los trastornos del yo corporal*

Las alteraciones visuales, entre las que se encuentra la alestesia visual, pueden presentarse de forma transitoria en crisis epilépticas, migraña, encefalitis, intoxicación y en enfermedades psiquiátricas<sup>410</sup>. Aunque las ilusiones visuales debidas a lesiones focales cerebrales son poco frecuentes existen casos que demuestran que lesiones lóbulo parietal derecho producen alestesia<sup>411</sup>, también se ha comprobado que los accidentes cerebro-vasculares de la arteria cerebral posterior y de la arteria cerebral media en sus localizaciones más posteriores pueden dar lugar, a alteraciones neuropsicológicas, tales como palinopsia, hemiacromatopsia, polioipsia, a alestesia visual y táctil, ilusiones y alucinaciones visuales.

Halligan y col., publicaron un caso de un paciente con heminegligencia espacial izquierda después de una hemorragia frontoparietal derecha en el que el paciente presentaba alteraciones neuropsicológicas en las pruebas asociadas con el hemisferio izquierdo mientras que algunas veces percibía sensaciones en el lado derecho<sup>412</sup>, que podrían ser consecuencia de la falta de representación mental de las coordenadas espaciales de los elementos que componen una escena<sup>413</sup>, de trasposiciones espaciales que alteran la representación mental del espacio global<sup>414</sup> o de alteraciones perceptivas propias de la heminegligencia espacial izquierda producidas por lesiones de la corteza posterior asociativa derecha.

Un reciente estudio<sup>415</sup> demostró la existencia de múltiples alteraciones viso-espaciales en una paciente de 64 años con hemorragia intraparenquimatosa occipital derecha que manifestaba variaciones constantes en la forma de los objetos y personas o metamorfopsia, de forma que los veía extremadamente alargados y delgados (macropsia), cortos (micropsia), anchos, refería una alteración en la percepción de los colores (discromatopsia), de manera que los objetos cambiaban de color e incluso de intensidad y por último lugar describía transposición de los objetos de un lado a otro (alestesia).

### **SUSTRATOS NERVIOSOS DE LAS AGNOSIAS**

Ya hemos mencionado cómo los casos de agnosia son un experimento natural que permite estudiar como se establece la percepción del cuerpo y como se afecta en diversas enfermedades y lesiones cerebrales. Sin embargo, la mayor parte

de las publicaciones parten del estudio de personas a las que una accidente cerebrovascular, un traumatismo craneo-encefálico localizado, un tumor o patología localizada, afecta a la percepción del cuerpo, o al análisis de las diferencias entre afectaciones del hemisferio derecho o del izquierdo. Así, el reconocimiento de los dedos y de las manos ha sido localizado en la región del *gyrus angularis* del hemisferio derecho. Sin embargo, con el paso del tiempo se van incorporando a la casuística enfermos con afectaciones únicas o complementarias en áreas diferentes y las modernas técnicas de neuroimagen suelen corroborar esta dispersión. Llega un momento en el que puede uno sentirse abrumado porque la gran mayoría de las áreas corticales están implicadas en la percepción del cuerpo y del mundo circundante, y lo más probable es que así sea.

Estas dificultades parten de una concepción errónea, demasiado localizacionista, o incluso "frenológica", porque el hecho que se pierda el reconocimiento de los dedos y de las manos y todo lo que a él se asocia no significa que este reconocimiento esté localizado o se lleve a cabo en un paquete de neuronas del *gyrus angularis* sino que para alcanzar ese conocimiento se necesita la integridad de esta estructura. Cuando decimos que incluso frenológica nos estamos refiriendo no sólo al hecho de localiza funciones sino también a la selección y definición de esas "funciones" que muchas veces son tan peculiares como hipotéticas. Esto es lo mismo que había hecho Gall al tomar en consideración funciones tales como creatividad, sublimidad, etc<sup>416</sup>.

En la tabla 4 se presenta un resumen orientativo de la participación de áreas corticales en las distintas formas de agnosia, lo cual no significa, una vez más que en cada una de ellas se localice una función y menos aún un síntoma concreto.

## **TERCERA PARTE: LA PERCEPCIÓN DEL CUERPO**

### **LA BÚSQUEDA DE UN SEXTO SENTIDO**

La pregunta sobre como percibimos nuestro cuerpo y la discusión sobre un posible sentido añadido a los cinco sentidos tradicionales, que son ventanas abiertas al mundo, es tan antigua como la filosofía misma. Aristóteles no consideró más que los cinco sentidos externos, a los que añadió un sensibilidad común (*koinos aisthétérion* o *sensorium commune*)<sup>417</sup>, que no era un sentido más: *No existe ningún otro sentido aparte de los cinco ya expuestos, pero sí una sensibilidad común*, cuyas funciones serían la de unificar o mejor armonizar las sensaciones provenientes de los sentidos externos. La cuestión de si, en contra de lo manifestado por Aristóteles, hay un *sexto sentido* para el propio cuerpo, ha preocupado a filósofos y médicos.

Cualquier teoría sobre la percepción del cuerpo basada en la existencia de una sensación específica ha de resolver varias cuestiones:

1. ¿Cuáles son los estímulos que la originan?
2. ¿Cuáles son los órganos receptores de los mismos?
3. ¿Cuales son las vías y centros nerviosos involucrados?
4. ¿Qué tipo de información aporta y cuál es su valor adaptativo?
5. ¿Cómo se integra con el resto de las sensaciones?
6. ¿Cuáles son sus alteraciones y por lo tanto sus manifestaciones morbosas?

### LAS SENSACIONES INTERNAS

El interés por un sexto sentido que permitiría percibir las sensaciones corporales es una aportación de Aristipo de Cirene (435 a. C. - 350 a. C.) y de sus discípulos de la Escuela de Cirene por él fundada. A través de Cicerón<sup>418, 419</sup> sabemos que se habían referido a un **tacto interno** (*tactus intimus* o *tactus interior*), es decir, sensaciones íntimas (o internas) del tacto. Aristipo es considerado como el padre del hedonismo, aunque era discípulo de Sócrates, recibió una gran influencia de Protágoras, cuya filosofía giraba en torno a su frase "el hombre es la medida de todas las cosas". Para el cirenaico la felicidad consiste en el placer; a mayor placer, mayor felicidad; y, como el placer más intenso es el sensible, éste es el que hay que perseguir. Dentro del placer sensible sólo interesa el placer presente (*parón páthos*), sin que haya que preocuparse por el futuro. Sin embargo, Aristipo sostiene, por influencia de su maestro Sócrates, que la inteligencia cultivada permite distinguir los placeres sensuales de los intelectuales, los puros de los que llevan mezcla, los egoístas de los desinteresados. Más tarde Diógenes Laercio<sup>420</sup>, matizó esta postura al afirmar que el hombre no debe ser dominado por el placer, sino dominarlo. La Escuela Cirenaica tenía una perspectiva muy escéptica defendía que "sólo podemos estar seguros de las sensaciones", y por lo tanto, no puede conocerse directamente ningún objeto del mundo exterior.

Ahora bien, habitualmente el dolor y el goce no han sido considerados como parte integral de los procesos sensoriales, sino pertenecientes a sentimientos e instintos, mientras que el *sensus internus* remite a las actividades conscientes que desarrolla el espíritu por y en sí mismo (razón, memoria e imaginación) a partir de la información procedente de los sentidos externos (vista, oído, gusto, olfato, tacto).

Descartes, en *Las pasiones del alma*<sup>421</sup> describe las percepciones que el cuerpo causa en el alma, es decir las impresiones mentales que "vienen al alma por los nervios", que son de tres tipos: 1) las que "referimos a los objetos externos que impresionan nuestros sentidos"; 2) las "que referimos a nuestro cuerpo o a alguna de sus partes" y 3) "las que referimos a nuestra alma". El primer tipo de percepciones, las que refieren a los objetos exteriores, se corresponde con lo que habitualmente denominamos **sensaciones o percepciones**, que tienen como objeto aspectos, realidades o características del mundo externo. El tercero, que está constituido por aquellas percepciones que referimos a nuestra alma, se encuadra en lo que llamamos **sentimientos**. Interesa, pues, el segundo: las percepciones que

Tabla 4	Alteraciones cerebrales y tipos de agnosia
<b>HEMISFERIO DERECHO</b>	
Corteza frontal medial	Anosognosia Asomatognosia Somatoparafrenia
Corteza parietal posterior	Anosognosia Asomatognosia Misoplejia Propopagnosia Heminegligencia espacial unilateral Somatoparafrenia
Corteza temporal	Anosognosia Asomatognosia Prosopagnosia
Lóbulo de la insula	Anosognosia
Tálamo	Misoplejia
Radiaciones tálamo occipitales	Misoplejia
Gyrus fusiformis	Propopagnosia Experiencias autoscópicas
Corteza occipital	Prosopagnosia
Corteza prefrontal	Prosopagnosia
Encrucijada temporo-parietal	Alucinaciones autoscópicas Experiencias extracorpóreas
<b>HEMISFERIO IZQUIERDO</b>	
Gyrus angularis	Síndrome de Gertsman Síndrome de Balint Holmes Experiencias autoscópicas
Lóbulo parietal	Heminegligencia espacial unilateral Heteropatognosia
Lóbulo occipital	Heteropatognosia
Encrucijada temporo-parietal y circunvoluciones angular y supramarginal	Heautoscopica
<b>AMBOS HEMISFERIOS</b>	
Lóbulos temporales	Prosopagnosia con hipoemocionalidad visual
Sistema límbico	Prosopagnosia con hipoemocionalidad visual
Cuerpo caloso	Asomatognosia

relacionamos con nuestro propio cuerpo. De acuerdo con Descartes,

*Las percepciones que referimos a nuestro cuerpo o a alguna de sus partes son las que tenemos del hambre,*

*de la sed y de nuestros demás apetitos corporales; a lo que se puede unir el dolor, el calor y las otras afectaciones que sentimos como (si se diesen) en nuestros miembros, y no en los objetos exteriores; así podemos sentir a la vez, y por medio de los mismos nervios, la frialdad de nuestras manos y el calor de la llama a que se aproximan (...) sin que haya diferencia entre las acciones que nos hacen sentir el calor o el frío de nuestra mano y las que nos hacen sentir el que se da fuera de nosotros*<sup>421</sup>.

En consecuencia, la sensibilidad interna cartesiana y la externa tienen una misma naturaleza si bien se refieren a dos ámbitos diferentes de la percepción: el mundo externo y el propio cuerpo. En ambos casos se trata de lo que Descartes consideraba como pensamientos (*pensées*), es decir, como contenidos de conciencia, que conocemos de un modo inmediato<sup>422, 423</sup>. Se trata de contenidos causados por el cuerpo (a diferencia de otros contenidos como son las voliciones<sup>421</sup>). Así pues, los acontecimientos reales, unos externos y otros del propio cuerpo, provocan cambios en los órganos sensoriales que a su vez causan contenidos de la conciencia inmediata, es decir mentales.

Según Janet<sup>424</sup> a finales de siglo XVIII y primera parte del XIX estuvo muy de moda el estudio de lo que se llamaron sensaciones internas<sup>425</sup> o viscerales, sentimiento fundamental de la existencia ("*sentimiento que viene del funcionamiento de nuestro cuerpo*", Maine de Biran<sup>426</sup>), el *yo esplácnico*<sup>427</sup>, *sens du corps*<sup>428</sup>, panestesia o sensibilidad general. A ellas hay que añadir las aportaciones de Cabanis y Peisse en los comentarios a un libro de este autor<sup>429</sup> y las de otros autores como Seze, Paul Janet, Bain, Maudsley, Jouffroy, Hermann, Richet y Bouillier<sup>424</sup>.

Las sensaciones internas son sentimientos generalizados de placer o de dolor, y aportan información sobre la noción y la existencia de los órganos<sup>430</sup>, sobre sus necesidades como son el hambre y la sed, y su funcionamiento, por ejemplo, la digestión, etc. Otras veces se incluyen entre ellas sentimientos vagos y generales<sup>428</sup> como los del niño que se siente crecer, o el entrado en años, envejecer. A estos sentimientos se añadieron otros más complejos, como son estados de tristeza, de malestar, de bienestar o de alegría, que Ribot refería al cuerpo: "*la melancolía y la alegría, son reflejos del estado del organismo y del funcionamiento de nuestras vísceras*". Sin embargo Janet<sup>424</sup> es crítico con muchas de estas manifestaciones y se preguntó si está bien demostrado que los sentimientos de tristeza, alegría, fatiga o esfuerzo están en relación con el funcionamiento orgánico o con el estado del estómago o con el de los intestinos. Añade que "*cualquier médico puede contar las tonterías enormes que algunos enfermos dicen en los accesos maníacos, que contrastan con lo que sucede en los estados melancólicos y que no tienen nada que ver con el estado de sus órganos*". Por otra parte muchos órganos son insensibles al dolor y la localización de la sensibilidad de los órganos se desplaza a la boca o al ano. A pesar de todo hay que reconocer que las aportaciones de Ribot son

un precedente de la descripción de los sentimientos corporales y vitales en Scheler y Kurt Schneider, a las que más adelante nos referiremos.

## LA CINESTESIA

La palabra cinestesia deriva del griego *κίνησις* (*kinêsis*) 'movimiento' y *αἴσθησις* (*aisthêsis*) 'sensación', es pues el sentido del movimiento de las partes corporales. La cinestesia sería una propiocepción a la que se le ha suprimido la información vestibular sobre la posición y el desplazamiento en el espacio.

En 1557 un controvertido personaje, Scaligero (Julius Caesar Scaliger, también conocido como Giulio Cesare della Scala) describió la sensación de posición y movimiento con el nombre de **sentido de la locomoción**<sup>431</sup>, en 1826, Bell<sup>432</sup> y Duchenne de Boulogne<sup>433</sup> avanzaron la noción de un **sentido muscular**<sup>434</sup> y Brindley y Merton se ocuparon de un **sentido del esfuerzo**, porque tuvieron en cuenta que muchas veces no se trata de una información sensorial pura procedente de los órganos de los sentidos, sino de la percepción de una retroacción interna a una orden eferente<sup>435</sup>. En 1880 Bastian<sup>436, 437</sup> se refirió a una **kinesthesia** más amplia que el sentido muscular ya que incluía sensaciones procedentes de los tendones. De hecho en 1889, Goldscheider como resultado de experimentos de anestesia de los músculos, propuso tres tipos de cinestesia: muscular, tendinosa y articular<sup>438-440</sup>.

Todas estas aportaciones giran en torno al hecho que, de la misma manera en que se elabora una percepción de la realidad externa y de sus estados, se construye una percepción del propio cuerpo, de su estado y de su situación a partir de las sensaciones producidas por los movimientos de los músculos, articulaciones y tendones.

Bastian<sup>437</sup> considera además un **centro cinestésico** que gobierna al cuerpo en su conjunto y que se basa más en el movimiento que no en las meras aferencias musculares, que son inconscientes o "débilmente" conscientes. Además se necesitaría algo esencial, la reviviscencia de las impresiones de movimientos pasados.

A veces, se ha sostenido que es la sensación cinestésica de la posición de los propios miembros la que nos permite andar. Y es verdad que uno necesita mirar dónde tiene el pie para dar un paso, de la misma manera en que uno necesita medir la anchura de sus hombros y compararla con la anchura de una puerta para saber si puede cruzarla o no. Pero eso no implica que tengamos una sensación interna del tamaño de nuestro cuerpo mediante la que sabemos dónde cabemos y dónde no. El conocimiento de nuestra envergadura o el de nuestra altura no es fruto de una observación externa, pero eso no los convierte en producto de una sensación interna. Simplemente no responde a ninguna observación, ni externa ni interna. De la misma manera en que también sabemos sin medición externa dónde podemos aparcar nuestro coche y dónde no cabe, y nadie cree en la existencia de una sensación

cinestésica en la punta del parachoques. Con todo, la cuestión no es tanto que existan sensaciones de posición o no; es más bien que esas sensaciones no sirven para aquello para lo que se las invoca, por ejemplo, para andar. Para decirlo con Wittgenstein: "no juzgamos realmente las posiciones y los movimientos de nuestros cuerpos con las sensaciones que esos movimientos nos transmiten"<sup>441</sup>.

Para Bastian la cinestesia es un fenómeno cortical que va más allá de las meras impresiones del sentido muscular, de la propiocepción. Para él y para Wernicke<sup>442</sup> el área motora cortical es un centro de imágenes cinestésicas.

La idea de la cinestesia no era descabellada, si bien limitada en sí misma. El cuerpo humano alcanza su plenitud gracias al movimiento, que es la base de la creatividad, de la capacidad de expresión y de comunicación entre los seres humanos y con otros seres vivos. Nos movemos porque existimos y por medio del movimiento nos situamos y somos capaces de estructurarnos mejor en y con el mundo y de esta manera cobramos conciencia de lo que somos como seres activos, es decir, vivos. Por lo tanto, el movimiento es una de las claves de lo humano<sup>443</sup>. Somos, por tanto realidad humana en movimiento y no estática. La epifanía del cuerpo humano es la motricidad<sup>444</sup>.

## LA CENESTESIA

La medicina alemana ha distinguido durante mucho tiempo entre sentidos de la piel o del tacto (*Tastsinn*) y sensibilidad común o general (*Gemeinempfindung* o *Gemeingefühl*)<sup>130, 445</sup> o sensación del propio cuerpo (*Leibgefühl*) que se corresponde con la cenestesia en tanto en cuanto como la sensación general de la existencia del propio cuerpo, y de sus partes. La palabra deriva del griego κοινός (*koinós*), 'común' y αἴσθησις (*aísthesis*), 'sensación'.

El término *caenesthesia* fue utilizado por primera vez en 1794 en la tesis doctoral de Hübner, dirigida y probablemente muy directamente influida por Reil<sup>418, 446-448</sup> para referirse a la sensación común (*Gemeingefühl*) que, por definición, abarca todas las sensaciones corporales que persisten una vez que se separan todas aquellas asociadas a la piel, es decir las que no proceden de ningún receptor específico (tacto, temperatura, presión y localización) u órgano de los sentidos. La sensibilidad común incluye pues al dolor y a las sensaciones "sin objeto" como son el bienestar, el placer, la fatiga, el hambre, la náusea, la sensación muscular y otras sensaciones comunes a varios órganos como la presión profunda o sensaciones particulares como el cosquilleo, el estremecimiento o los escalofríos. Para Reil el medio por el que el alma estaría informada del estado del cuerpo sería un sentido del cuerpo. La palabra cenestesia no aparece en inglés hasta 1837<sup>449</sup>.

Reil fue un fisiólogo y médico con un gran bagaje filosófico. Inicialmente estuvo influido por Kant y más tarde por

la *Naturphilosophie* de Schelling, mantuvo una estrecha relación con Goethe y fue el que acuñó la palabra psiquiatría.

Según Starobinski<sup>446-448</sup> en su tesis doctoral Hübner describe tres tipos de representaciones, que difieren en función del objeto representado. En efecto, el alma se representa:

1. Su propio estado intelectual, sus fuerzas, sus acciones, sus representaciones y conceptos; distingue estas cosas por sí misma, y de esta manera se hace consciente de sí misma.
2. Su estado exterior y la relación del ser humano entero con el mundo.
3. Su propio estado corporal.

Cada uno de estos tres tipos de representaciones está a cargo de un aparato orgánico particular: la sensación (*sensatio externa*) es excitada por los sentidos; ciertas actividades nacen y se desarrollan íntegramente en el órgano del alma (o sea, el cerebro) y la cenestesia, por mediación de los nervios generalmente distribuidos a través del cuerpo<sup>450</sup>. Hübner sigue muy de cerca las enseñanzas de su maestro, para el cual las enfermedades mentales eran la consecuencia de un desequilibrio entre tres grandes fuerzas mentales: 1) el sentido de uno mismo como una persona integrada, diferenciada y permanente (*Selbstbewußtsein*), 2) el sentido de la importancia relativa de los objetos circundantes (*Besonnenheit*) y 3) la capacidad de dirigir la atención (*Aufmerksamkeit*).

Weber<sup>451</sup> aplicó el método experimental al estudio del sentido muscular "porque el sentido del tacto y el muscular pueden ser investigados sin dañar" al ser vivo, pero acaba por integrarlo en el *Gemeingefühl*, que abarca algo más que la sensación de postura relativa de las partes del cuerpo y de la posición de este en el espacio. La sensación común es conciencia del estado de nuestras propias sensaciones (*das Bewusstsein von unserem Empfindungszustände*), en el cual los objetos no son percibidos como tales<sup>452</sup>. En consecuencia, puede afirmarse que una sensibilidad que no implica a receptores específicos no es una senso-percepción sino de algo diferente, "es conciencia del estado de nuestras propias sensaciones", que se construye a partir de percepciones<sup>157</sup>. Se trata, como veremos más adelante, de una vivencia.

Høffding, un filósofo danés influido en sus primeros tiempos por Kierkegaard, que derivó más adelante hacia un interés por el positivismo y la psicología experimental se interesó en profundidad por la cenestesia. Tuvo relación estrecha con Wundt y es posible que a través de él conociera los escritos de Reil. Para Høffding<sup>453</sup> la cenestesia era el "sentimiento general que es consecuencia del estado de todo el organismo, del devenir normal o anormal de las funciones vitales, en particular de las vegetativas". Los estímulos que dan lugar a la cenestesia son vagos, poco localizados y no se perciben aislados unos de otros sino como un todo. Por otra parte se trata de un sentimiento en el que las sensaciones orgánicas dan lugar a la noción de un sí mismo (*self*) independiente de otros individuos y de los objetos externos. A

esto se añade la existencia de estímulos táctiles y visuales íntimamente ligados al cuerpo y la de un "sentimiento de unidad" al que se había referido Wundt<sup>454</sup>, que es el atributo fundamental de la vivencia del yo como una unidad organizada.

El término cenestesia o sensibilidad general era de uso común hasta principios del siglo XX y abarcaba, como hemos señalado, los diversos aspectos de la percepción corporal y de la frontera entre el cuerpo y la vida psíquica<sup>455, 418, 456</sup>.

El concepto de cenestesia de Reil llega a través de Herzen<sup>457</sup> hasta Ribot<sup>447, 446</sup>, y desemboca después en el concepto de esquema corporal introducido por Bonnier<sup>458, 459</sup>. Hay que concebir la cenestesia como un sentimiento vital (véase más abajo) en el que la armonía que existe en condiciones normales entre las diversas funciones del cuerpo se vive como un sentimiento vago de satisfacción y bienestar. Todo lo que contribuya a destruir esa armonía dará lugar a un sentimiento de malestar más o menos definido o agudo. Por eso los trastornos de la cenestesia están estrechamente asociados a los sentimientos vitales y están presentes sus manifestaciones morbosas, en especial en los cuadros depresivos y ansiosos. El concepto persistió en la filosofía y así para Ortega y Gasset la hipocondría sería una hiperestesia de las sensaciones internas<sup>28</sup>.

### Las percepciones confusas

Los "estímulos vagos y poco localizados" de Høffding, el "sensus vagus" de Kant<sup>460</sup>, las "aferencias débilmente conscientes" de Bastian<sup>437</sup> corresponderían a las **percepciones confusas** que Leibniz había mencionado en su extensa correspondencia con el Barón Ernst von Hessen-Rheinfels y con Antoine Arnauld Jr.<sup>461</sup>. Al primero escribe el 6 de febrero de 1686:

*"Explicar la relación entre el alma y el cuerpo, que han pasado por inexplicables o milagrosas, y del origen de las percepciones confusas".*

A Arnauld le escribe el 6 de octubre de 1687:

*"Sin embargo, todos los movimientos de nuestro cuerpo responden a algunas percepciones o pensamientos, más o menos confusos, de nuestra alma" ... "es necesario que yo disponga de alguna percepción del movimiento de cada ola del río, para poder percibirme de lo que resulta en su conjunto, a saber de ese gran ruido que uno escucha cerca del mar; así sentimos un resultado confuso de todos los movimientos que tienen lugar en uno mismo, pero estando acostumbrados a este movimiento interno no lo distinguimos ni reflexionamos sobre él hasta que es objeto de una alteración considerable, como en el comienzo de la enfermedad. Sería deseable que los médicos se dedicaran a distinguir más exactamente este tipo de sentimientos confusos que tenemos en nuestro cuerpo. Puesto que*

*no nos apercebimos de otros cuerpos más que por la relación que tienen con el nuestro, he de decir que el alma expresa mejor lo que pertenece a nuestro cuerpo y que no conoce los satélites de Saturno o Júpiter, que por el movimiento que llevan a cabo nuestros ojos"... "Y todos nuestros pensamientos futuros no son otra cosa que la continuación de nuestros pensamientos y percepciones precedentes, de tal manera que si fuera capaz de conocer precisamente todo lo que me sucede o percibo ahora, podría ver todo lo que me sucederá o percibiría por siempre".*

Leibniz señala en estos textos tres características que más adelante se atribuyeron a la cenestesia y a la percepción corporal en general: su carácter subliminal mientras persista la armonía del cuerpo, el hecho que la percepción del mundo se hace a través del propio cuerpo y la importancia de la comparación a lo largo del tiempo de lo percibido.

Así, Forest<sup>462</sup> ha puesto en relación estas observaciones con la distinción kantiana<sup>460</sup> entre *sensus fixus*, la impresión orgánica y *sensus vagus*, la impresión vital. En la misma línea, López Ibor<sup>34, 463</sup> distingue, siguiendo a Weber<sup>451</sup>, entre la impresión orgánica y la impresión vital. La primera es la senso-percepción de acuerdo con la cual lo que percibimos son los objetos del mundo en el que estamos. Si yo dejo descansar mi mano sobre la mesa lo que percibo es la mesa y sus cualidades de temperatura, textura y solidez, pero no la mano. Si a continuación coloco un libro sobre el dorso de mi mano percibiré además de la mesa el libro, pero nunca la mano. Sin embargo, hay otro tipo de sensaciones "en las cuales los objetos no son percibidos como tales"<sup>452</sup>. ¿Qué percibo entonces? Desde luego que no percibo la mano en tanto en cuanto realidad objetiva, ni tampoco objeto ninguno cualquiera. ¿Entonces qué? La única respuesta posible es que percibo un sujeto, percibo mi cuerpo en tanto en cuanto que es la experiencia subjetiva de mí mismo.

### Críticas a la noción de cenestesia

La cenestesia presupone la existencia de unos órganos sensoriales distintos a los orientados a la percepción del mundo externo, unos "*nervios generalmente distribuidos a través del cuerpo*", que serían una estructura intercalada entre el propio cuerpo y la conciencia de sí mismo. Ahora bien, esta estructura, estos órganos sensoriales así concebidos, tendrían que ser "órganos dentro de órganos", es decir un tercer sistema sensorial, noción que Marcel<sup>5, 464</sup>, entre otros se resistía a aceptar, porque habría que responder a la naturaleza de estos nuevos órganos y a la poste, admitir un número infinito de órganos intermediarios para transmitir la información sensorial al alma o, en lenguaje más moderno, para ser consciente de las sensaciones.

La cenestesia ha sido considerada como la base de un "sentido de la existencia"<sup>465</sup>. A partir de ahí se entronca con los conceptos de imagen corporal, de "imagen cerebral de

mi cuerpo" e incluso de vivencia corporal. Con esto la cenestesia pierde su razón de ser como sentido común y los diversos investigadores se han ido acercando cada vez más a la conciencia de uno mismo como ser corporal, es decir más allá del dualismo en la que el cuerpo informa a la conciencia de acontecimientos externos y de sí mismo gracias a unos órganos que transforman energías físicas (luz, presión, temperatura, etc.) en acontecimientos de conciencia. Si bien la conciencia está siempre vinculada a la actividad del sistema nervioso, no toda actividad nerviosa implica una actividad psíquica. La actividad nerviosa es mucho más amplia que la actividad psíquica y en consecuencia, la conciencia es pues algo sobreañadido<sup>40</sup>.

Entre los autores que han sido críticos con la noción de cenestesia está Schiff<sup>466</sup> al que no le convence la separación de dos órdenes de sensaciones, las destinadas a informar sobre el mundo externo y las destinadas a hacerlo sobre el propio cuerpo y considera otros dos nuevos significados de cenestesia. El primero de ellos es el de todas las sensaciones que no corresponden a un sentido especial, noción muy análoga al *Gemeingefühl* descrito más arriba. Sería una forma residual de sensación, algo que tampoco le convence y por eso propone una nueva definición ampliada de cenestesia: "*La cenestesia es el conjunto de todas las sensaciones que, en un momento dado, son percibidas por la conciencia y que constituyen su contenido en ese momento*". Starobinski considera que con esto Schiff no resuelve el problema de definir la cenestesia, ya que acaba confundiéndola con toda la vida psíquica<sup>418</sup>. Sin embargo, Schiff por una parte recupera la noción cartesiana de *pensée* y por otro se acerca a proposiciones posteriores de la fenomenología, en especial de Marcel y Merleau-Ponty, en su referencia al ser consciente y a la neurociencia, a las que nos referiremos más adelante, ya que para él, la cenestesia es la base biológica de conciencia de sí o del sentido de la propia identidad, los cuales tendría una base fisiológica: "*Toda nuestra conciencia del yo reside en la cenestesia*".

Para Searle<sup>467</sup>, una vez que se otorga a la imagen corporal el mismo estatuto de mental que a las sensaciones, la imagen del propio cuerpo pasa a ser una experiencia mental. En consecuencia resulta fuera de lugar la relación yo y mi cuerpo puesto que el cuerpo propio es un objeto mental. Así el dolor está en el cerebro y no allí donde ha sido provocado. El dolor tiene lugar en la imagen mental que el cerebro ha creado del cuerpo, "*Cuando sentimos dolor, o cualquier otra sensación, la experiencia real ocurre en la imagen del cuerpo que está en el cerebro*". En el fondo es como si todos los dolores fueran dolores fantasma o como dice Searle "*todas nuestras sensaciones corporales son experiencias corporales ilusorias, porque el acoplamiento entre el lugar donde parece localizarse la sensación, de un lado, y el cuerpo físico del otro, es un acoplamiento causado por el cerebro*".

La tesis de que los propios estados y experiencias mentales son percibidos por un nuevo sentido interno es, según Geach, una quimera<sup>468</sup>: *es correcto decir que uno no obser-*

*va su conducta para deducir de ella sus estados de ánimo porque nadie se observa a sí mismo profiriendo alaridos y deduce de ello que está siendo afligido por un intenso dolor. Pero que el conocimiento de mis estados mentales no sea fruto de una observación externa no permite concluir que sea resultado de una observación interna porque tal conocimiento no es resultado de ninguna observación, ni externa ni interna.* El paso de la ausencia de una observación externa a la presencia de una observación interna es falaz. Wittgenstein mismo lo ha explicado bien: "*alguien dice, por ejemplo, 'yo siento convicción, no la infiero de mis propias palabras o del tono de la voz'. ¿Pero qué significa decir que uno siente convicción? Lo verdadero es: yo no hago una inferencia desde mis propias palabras a mi propia convicción; como tampoco a las acciones que surgen de la convicción*"<sup>469</sup>.

Por lo tanto, no se trata de negar la existencia de sensaciones cenestésicas y de una sensibilidad visceral difusa, sino de señalar que esa sensibilidad, ese modo de estar dado el cuerpo a la conciencia, ni agota, ni es el punto de vista privilegiado para abordar la cuestión de cómo cada ser humano vive su propio cuerpo, en la salud y en la enfermedad.

## LA PROPIOCEPCIÓN

En 1906 Sherrington introdujo los términos exterocepción, interocepción y propiocepción<sup>470</sup>. Los exteroceptores son los órganos que reciben información del mundo exterior: los ojos, los oídos, las cavidades oral y nasal y la piel. Las sensaciones interoceptivas son las que llegan del medio interno cuyos receptores se encuentran en los órganos internos. Son fundamentales en la regulación de los procesos metabólicos internos para mantener la homeostasis. Las señales de origen interoceptivo suscitan un comportamiento orientado a satisfacer las necesidades o eliminar estados de tensión (por ejemplo, hambre, enfermedad, etc.) .

La propiocepción, del latín *proprius*, '*propio*' (en otras lenguas se sigue la tradición etimológica y se denomina, por ejemplo, *proprioception*), es el sentido que informa sobre la posición relativa de los miembros y de las partes del cuerpo y de la de éste en el espacio. La propiocepción permite regular los movimientos requeridos para una acción y contribuye a la percepción del propio cuerpo.

La propiocepción se genera a partir de sensaciones procedentes de las neuronas del oído interno, que dan razón sobre movimientos y orientación en el espacio y otras, que nacen en los receptores de estiramiento de los músculos, que informan sobre la postura. También interviene en ella el sentido de la vista.

De acuerdo con Critchley y cols.<sup>471</sup> la información sobre el estado interno del cuerpo es transmitida a través de la lámina-1 del tracto espino-tálamo-cortical, el cual converge con aferencias vagales. Estas vías aferentes son de un diámetro muy pequeño en comparación con las vías propiocepti-

vas. Para Craig<sup>472</sup> este hecho es una manifestación de la distinción fisiológica entre el interior y el exterior del cuerpo.

La noción tradicional es que la propiocepción se basa en un mecanismo retroalimentación o *feed-back*, que permite ir llevando a cabo los ajustes necesarios para la eficacia del movimiento. Sin embargo, hay que contar con el hecho que, con una latencia tan larga como tienen los reflejos tendinosos, del orden de 100 ms., se requeriría un *feed-forward* de acuerdo con el cual el cerebro proporcionaría información sobre la postura corporal antes de que esta sea alcanzada. Por otra parte, los husos neuromusculares informan no sólo del grado de estiramiento del músculo, sino también anticipan el que alcanzará, algo que hace de esta estructura algo más que un "detector" pasivo y la convierte en un "simulador" capaz de anticipación. Por eso Munk<sup>473</sup> considera que la corteza es la depositaria de las imágenes del movimiento, algo que en el fondo no se opone a lo propuesto por Head y Holmes<sup>474</sup> (véase más adelante).

En los seres humanos se distingue entre una propiocepción consciente y una inconsciente. La información de la primera es conducida por fibras de la columna dorsal y de las columnas posteriores al lemnisco medial al cerebro<sup>475</sup>. La propiocepción inconsciente es conducida a través del tracto espinocerebeloso dorsal al cerebelo<sup>476</sup>.

Aunque la propiocepción tiene una dimensión somatoestésica, no se trata de una mera adaptación del cuerpo a sus propias reacciones, ya que el movimiento contribuye a definir un campo perceptivo a su medida. Tanto es así que para Berthoz<sup>477</sup> y Gibson<sup>478</sup>, los sentidos externos juegan un papel determinante en la propiocepción, ya a través de ellos se recibe información sobre la propia actividad. Esta concepción echa por tierra la trilogía sherringtoniana de exterocepción, propiocepción e interocepción, por lo menos en lo que las dos primeras se refieren. Por otra parte no hay que olvidar la diferencia sustancial entre las sensaciones táctiles y las visuales que es que éstas últimas aunque se generan en la retina, se proyectan al mundo externo lo que permite identificar los objetos en el espacio sin tener necesidad de tener un contacto directo con ellos<sup>479</sup>.

## Estímulos exteroceptivos e interoceptivos

Los límites del concepto de interocepción varían de un autor a otro. En sentido estricto interocepción se refiere a las sensaciones viscerales en general<sup>480</sup>, como sentido del estado fisiológico de cuerpo entero (incluyendo dolor y temperatura) y no sólo visceral. A esta noción amplia se le ha dado el nombre de **cognición somática**<sup>481</sup>, que abarca la percepción de partes corporales (por ejemplo, de los dedos) y la de las vísceras. En la cognición somática juega un importante papel la corteza sensorial primaria (área 3b).

Los estímulos exteroceptivos y los interoceptivos son de la misma naturaleza, son físicos (por ejemplo, calor, frío) o químicos (acidez). Leder<sup>482</sup> ha llamado la atención sobre

el hecho que cuando un estímulo se convierte en interoceptivo, deja en ese instante de ser exteroceptivo y pone el ejemplo de la manzana que tras ser ingerida desaparece en la interocepción.

La exterocepción proporciona una información amplia y fiable de la realidad externa. Bien es cierto que el espectro visual es una parte muy estrecha del espectro electromagnético, que lo infrarrojo y lo ultravioleta se nos escapan y que hay ultrasonidos y frecuencias bajas inaudibles, pero aquello de lo que disponemos es suficiente para nuestra supervivencia y si no es así podemos aumentar el espectro de lo percibido con una gran variedad de instrumentos, desde contadores Geiger a películas fotográficas sensibles a los rayos infrarrojos.

Nada de esto es posible con la interocepción, que carece de la riqueza sensorial de la exterocepción. En el ámbito de esta última podemos describir infinidad de sensaciones táctiles diferentes y no digamos de aromas sabores, armonías o colores. Los mensajes del cuerpo son más burdos, se trata de un lenguaje poco desarrollado, lo cual no deja de ser un problema para los clínicos. Por otra parte la discriminación espacial de la interocepción es muy reducida en comparación con la de la exterocepción. La resolución espacial del tacto es en la piel del orden de 1 mm y de la mitad en los labios y lengua, y se reduce en las personas ciegas que leen en Braille<sup>483, 484</sup>. El cazador donde pone el ojo pone la bala, pero el "aquí" de un dolor o molestia del enfermo en la camilla de exploración puede referirse a amplias, distintas y distantes partes del cuerpo.

Esta falta de discriminación espacial ha llevado a Ricoeur<sup>485</sup> a referirse a "*la mezcla extraña de lo local y lo no local*", entre sensación y sentimiento, que se presenta en el dolor, el hambre, la sed y todas las necesidades vitales, que por una parte se localizan en un miembro, en la boca del estómago, en la garganta seca pero que a la vez son un malestar general. Tengo sed y estoy sediento son expresiones que aluden, respectivamente, a este fenómeno. Es decir de un solapamiento y trasvase entre sentimientos corporales y vitales. Se trata de un fenómeno muy frecuente en medicina, que se hace presente a la exploración de los enfermos, pero poco frecuente en la vida cotidiana.

También señala Leder<sup>482</sup> que el lenguaje interoceptivo, a diferencia del exteroceptivo, se acompaña siempre de una gran carga afectiva, lo cual se debe a lo que hemos reiterado en estas páginas, que la vivencia corporal no es emocionalmente neutra. La distancia entre lo percibido y el que percibe desaparece en la interocepción, en la que lo percibido es mi cuerpo, o por mejor decir, a mí mismo.

Muchas personas son muy poco capaces de informar sobre sus síntomas o procesos fisiológicos<sup>486</sup>. Las mujeres refieren con más frecuencia los síntomas asociándolos a claves externas, las personas ansiosas o con una carga afectiva negativa se quejan de más síntomas mientras que las que han tenido experiencias traumáticas en la infancia o en el inter-

valo entre uno y seis meses antes de la consulta tienden a quejarse de más síntomas. Las quejas excesivas forman parte de la actitud hipocondríaca en la que habría una hiperestesia de la cenestesia<sup>28</sup> muchas veces reforzada en la consulta por la persona que acompaña al enfermo que le recuerda una y otra vez que no se olvide contar tal o cual dolor o molestia.

## EL SENTIDO DEL ESPACIO

La experiencia del otorrinolaringólogo Bonnier<sup>458</sup> con el tratamiento de obreros que trabajaban en tejados y de sus estudios sobre el vértigo, le llevó a la conclusión de que una persona sana no podría funcionar sin un esquema postural propio y que este esquema había que distinguir dos tipos de funciones separadas, unas ligadas al oído interno y las otras la propiamente espaciales y propioceptivas. En el esquema de nuestro cuerpo participa la función vestibular, ya que el vestibulo es el **nervio del espacio**. La diferenciación de un "sentido del espacio" de un "sentido articular"<sup>459</sup> es la que permite una "orientación objetiva" y una "orientación subjetiva". Gracias a ésta última: conocemos la situación de nuestras palancas óseas, sus relaciones mutuas y su grado de inclinación relativo, gracias a las percepciones y las imágenes que constituyen el sentido articular.

Bonnier explica el vértigo laberíntico a una hiperestesia de la *tactilidad* vestibular del oído, que es incluso capaz de provocar la impresión de tener el cuerpo desdoblado en el espacio. Para él la definición de un objeto propio, de un sexto sentido, y de la primacía ontológica y epistemológica de la postura sobre el movimiento, concebido éste como una variación de la posición en el espacio<sup>459</sup>. Para Sherrington la postura presupone un conjunto de reflejos propioceptivos, unos estáticos, tónicos, antigravitatorios y otros para corregir las desviaciones del equilibrio<sup>487, 488</sup>. Entre ellos el reflejo miotáctico y los mecanismos de corrección de las desviaciones del equilibrio, que se ponen de manifiesto en el reflejo patelar que en el animal decorticado es un reflejo puramente propioceptivo<sup>489, 490</sup>.

## DE LA SENSOPERCEPCIÓN A LOS ESQUEMAS CEREBRALES

Hacia finales del siglo XIX una serie de autores se interesaron por síndromes que no alteran el funcionamiento de los miembros o el mantenimiento de la postura y del equilibrio, pero que alteran la experiencia que liga a cada uno con su propio cuerpo y así su surgieron una serie de conceptos nuevos. Bonnier<sup>491</sup> introdujo el término esquema ("*schéma*") para definir la representación del cuerpo:

*...esquema, configuración topográfica, actitud. Debido a este problema algunas partes de nosotros mismos dejan de ser tenidas en cuenta en nuestro concepto corporal. Cuando les prestamos demasiada atención hablamos de hyperschematia, si es demasiado poca hipoeschematia, si está alterado paraschematia. La as-*

*chematia es exactamente la anestesia de la noción topográfica, es decir de la representación espacial, de la distribución, de la forma, de la situación, de la actitud.*

Para Bonnier lo importante es la localización espacial de las sensaciones. Sugiere la existencia de una representación espacial consciente del cuerpo (*schéma*), constituido por la orientación del cuerpo y sus partes, sus propiedades volumétricas, la localización de las aferencias sensoriales y la propia vivencia corporal<sup>491, 492</sup>.

Otros conceptos análogos son la **autopsique**<sup>359</sup>, la **auto-representación del organismo**<sup>493</sup>, la **autoscopia interna**<sup>494</sup>, el modo postural (**postural mode of the body**<sup>495</sup>), la **imagen espacial del cuerpo**<sup>496</sup>, la **imagen de sí mismo**<sup>497</sup>, la **imagen de mi cuerpo** o el **somatograma**<sup>498</sup>.

## Esquema postural

Head y Holmes publicaron en 1911 un extenso artículo sobre los trastornos de la sensibilidad asociados a lesiones cerebrales que no ha perdido actualidad<sup>495</sup>. En él se plantean la existencia de un esquema postural construido a partir de estímulos propioceptivos y de su comparación con los estímulos de momentos anteriores, tal y como había adelantado Leibniz<sup>461</sup>. Para ello el cerebro transforma los estímulos de la misma manera que el taxímetro transforma la distancia en chelines y peniques:

*Cada cambio apreciable entra en la conciencia ya cargado de su relación con algo que le ha precedido antes, casi como un taxímetro nos presenta la distancia ya convertida en chelines y peniques. Así el producto final del test para la apreciación de la postura o movimiento pasivo se presenta en la conciencia como un cambio postural medible.*

## Esquema corporal

Casi simultáneamente Pick<sup>496</sup> considera que no se trata de un esquema postural propioceptivo sino que cada modalidad perceptiva tiene su propio esquema que se integra con los demás en un esquema corporal. Pick se apoyaba en su experiencia clínica, fruto de la cual es la descripción de la autopatognosia a la que consideró, lo mismo que a los miembros fantasma y la incapacidad de situar las partes del propio cuerpo en el espacio como alteraciones deficitarias de esquema corporal.

Pick<sup>496, 499, 500</sup> se apoya en aportaciones de Munk<sup>473</sup> y de Wernicke<sup>359</sup> para el cual la vida psíquica estaba integrada por la **allopsyche** (externa), la **somatopsyche** y la **autopsyche**<sup>501</sup> y utiliza la expresión de Head y Holmes, pero considera que hay diferentes "esquemas" para diferentes modalidades sensoriales y para diferentes partes del cuerpo, siendo particularmente relevante la representación de la superficie del cuerpo. A partir de estos esquemas, en especial del vi-



sual, se forma la "conciencia del cuerpo" (*Bewusstsein der Körperlichkeit*,<sup>501, 502</sup>).

## Imagen corporal

Desde 1935 trabajando con técnicas de relajación, Schilder<sup>503</sup> consideró un *esquema corporal como síntesis permanente y constante de todas las sensaciones corporales*, es decir como una forma de cenestesia, unificando la sensación del cuerpo como uno y como propio. Con ello Schilder iba un paso más allá de investigaciones y concepciones pasadas, incluyendo las suyas propias<sup>504</sup> e introducía un concepto nuevo, el de imagen corporal. La imagen corporal era una representación, es decir una creación del cerebro más allá de la mera suma de unas percepciones. En la misma línea Conrad se refería a la percepción de una *Gestalt*, es decir, de una forma o figura<sup>505</sup>. Por otra parte, para Schilder, la imagen está ligada a la actividad, lo cual explica la presencia de miembros fantasma.

Schilder era además de neuropsiquiatra un psicoanalista del círculo íntimo de Freud y por eso reparó en un aspecto esencial, el que la experiencia del propio cuerpo no es afectivamente neutra, aspecto sobre el que más adelante volveremos.

Schilder define así la imagen corporal<sup>506</sup>:

*Imagen del cuerpo humano significa la imagen que formamos en nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que se nos aparece. Hay sensaciones que nos son dadas. Vemos parte de la superficie del cuerpo. Disponemos de impresiones táctiles, térmicas y de dolor. Hay sensaciones que proceden de los músculos y de sus envolturas - sensaciones que provienen de la inervación de los músculos - y sensaciones de las vísceras. Más allá se encuentra la experiencia inmediata de que existe una unidad del cuerpo. Esta unidad es percibida, aunque es más que una percepción. Lo denominamos un esquema de nuestro cuerpo o un esquema corporal de acuerdo con Head, que enfatiza sobre la importancia del conocimiento de la postura del cuerpo, modelo postural del cuerpo. El esquema corporal es la imagen tridimensional que cada uno tiene de sí mismo. Podemos llamarlo "imagen corporal". El término indica que no estamos tratando con una mera sensación o imaginación. Existe una auto-apariencia del cuerpo. Esto último indica que, aunque haya aparecido a través de nuestras sensaciones, no se trata de una mera percepción. Existen imágenes y representaciones mentales involucradas pero no es una mera representación.*

De esta definición cabe destacar lo siguiente:

1. La imagen se forma a partir de las sensaciones y percepciones propioceptivas y viscerales.
2. Más allá de la senso-percepción está la experiencia de

una unidad, el esquema corporal.

3. El esquema corporal es la imagen tridimensional que cada uno tiene de sí mismo, la cual puede ser llamada imagen corporal, para enfatizar que no se trata de una sensación o imaginación, sino una auto-apariencia del cuerpo, que sobrevinida a través de los sentidos no es una mera percepción.
4. La imagen corporal puede estar compuesta por formas y representaciones mentales, pero es más que una representación. No se trata de una simple fotografía, de la representación de un objeto como los otros<sup>507</sup>.

Schilder aquí y en el resto de su obra es poco consistente con su lenguaje y utiliza a menudo términos de Head y Holmes como esquema y otros suyos propios, como imagen. La ambigüedad de su vocabulario refleja la dificultad de expresar experiencias inefables y al mismo tiempo la propia ambigüedad de su formación como neuropsiquiatra y como psicoanalista. En cualquier caso las dudas terminológicas se aclaran considerablemente cuando se refiere a las dimensiones de la experiencia.

Para Schilder<sup>506</sup> la imagen corporal tiene tres dimensiones:

1. Una base fisiológica, el cuerpo como entidad material, el que conocemos cuando experimentamos un dolor.
2. Una estructura libinidal, que es la experiencia, consciente o inconsciente, del propio cuerpo como objeto amado y realidad percibida.
3. Una dimensión sociológica, que es debida a la influencia de la cultura en la realidad del cuerpo.

Schilder trata estas dimensiones aisladas unas de las otras, sin duda por un afán de claridad y rigor metodológico, aunque en muchos lugares profundiza en el problema de la relación cuerpo-mente de un modo más global. Su método se basaba en el análisis detallado y diacrónico de las descripciones de sus enfermos desde la perspectiva de cada una de sus tres dimensiones. Esto añade otra peculiaridad, su tiempo verbal es el presente de la primera persona ("mi cuerpo", "me entristece el otoño"), y no en el pasado en tercera persona ("el cuerpo propio")<sup>508</sup>, lo que se manifiesta en un estilo personal y directo, más propio de la fenomenología que no de la neurociencia. El carácter diacrónico de la experiencia lo expresa claramente escribiendo que la imagen corporal *no es una estructura, es una estructuración*. Por lo tanto la imagen corporal implica la sincronía de senso-percepciones diversas y la diacronía de un proceso estructurador en el tiempo, si bien es cierto que esta noción puede, y debe, ser aplicada a cualquier fenómeno senso-perceptivo.

Además, la noción de una percepción interna que contrasta con una externa no deja de ser una quimera que surge de una mala comprensión de lo que Wittgenstein llamó "*la asimetría entre la primera y la tercera persona del singular del presente de los verbos psicológicos*", que supone una disparidad entre el conocimiento de los estados mentales propios

y el de los ajenos. Pues, mientras yo recurro a su conducta para saber cuáles son sus estados mentales, no tengo que observar mi conducta para saber cuáles son los míos<sup>509-512</sup>. En otro lugar añade, "sé cuándo veo algo solamente porque lo veo, sin oír lo que digo ni observar el resto de mi conducta, mientras que yo sé que él ve y lo que él ve solamente por la observación de su conducta"<sup>513</sup>.

El problema es que, al percatarse de esta peculiaridad de los verbos psicológicos, que constituye un hecho fundamental y no una mera contingencia lingüística, surge la tentación casi insuperable de reivindicar un acceso privilegiado a los propios estados de conciencia, un sentido interno inefable por el que sentir los propios estados mentales. De acuerdo con esta interpretación, habría una percepción inefable de los propios estados de conciencia, de modo que las experiencias mentales propias serían objeto de un sentir interior, de un *innewerden* o percatarse interior, por decirlo con Dilthey, inefable. Dicho brevemente, una vez aprehendida la asimetría entre la primera y la tercera persona de los verbos psicológicos, la tentación estriba en interpretarla como una asimetría en los tipos de observación, oponiendo a la describable percepción externa una inefable percepción de los propios estados de conciencia. Surge así, desde Locke<sup>514</sup>, un nuevo sentido interno, que no coincide con la sensibilidad interna a la que nos hemos referido, frente a los tradicionales sentidos externos, un *inner sense* por el que percibimos nuestros propios estados mentales.

El paso de Schilder es el de añadir al esquema corporal unos componentes psicológico y social, libinidoso en su formación psicoanalítica, lo que le llevó a proponer que ambos aspectos, los síntomas neurológicos y la experiencia psicológica, eran sustancialmente iguales, pero organizados de acuerdo con leyes diferentes, como hubiera podido defender Dilthey y propone una diferencia sutil e interesante entre los casos más orgánicos y los psicógenos<sup>515</sup>:

*No soy de la opinión que los casos orgánicos y psicógenos sean idénticos en su estructura. Los casos psicógenos ocurren en niveles absolutamente diferentes. Pero los mismos principios básicos dirigen el trastorno psicógeno y orgánico. Los patrones orgánicos de la imagen corporal...no están realmente dañados o deteriorados en los casos psicógenos aunque no son usados. El aparato orgánico no está en funcionamiento. Podría ser usado si las emociones de los pacientes lo permitieran. Sin embargo, la represión psicógena siempre se lleva consigo algo de la esfera orgánica.*

A pesar del esfuerzo de Schilder, la investigación neurológica y la psicológica sobre la imagen corporal se mantuvieron separadas en los decenios siguientes a su obra<sup>503, 508</sup>, aunque aportaciones como la de Sheets-Johnstone<sup>516</sup> recuerdan sus postulados. Para este último investigador, la emergencia de la mente está vinculada al movimiento del cuerpo (experiencia cinética), a la espacialidad (experiencia táctil-cinestésica) y al sentido de la corporalidad (experiencia afectiva):

*Si el ego es primero y principalmente un ego corporal, y el mi mismo y la representación de sí mismo son subestructuras del ego, entonces el primer requisito es el de comprender de la forma más amplia y precisa lo que significa decir que el ego es primero y principalmente un ego corporal, esencialmente, deletrear como el cuerpo cinético/táctil-cinestético/afectivo es el fundamento del ego.*

## Aclaraciones sobre la terminología

Poock y Orgass<sup>501</sup> han llamado la atención sobre la falta de especificidad del vocabulario utilizado en este contexto, pecado al cual no nos hemos escapado siempre y que tiene que ver con la diferente perspectiva de los autores. Esquema e imagen corporal se han utilizado indistintamente, pero a ellos se han añadido otros muchos<sup>386</sup> como conciencia corporal (*corporal awareness*), corporalidad, corporeidad, etc. Sin embargo, Gallagher<sup>3</sup> y Gallagher y Coles<sup>517</sup> consideran esencial distinguir entre esquema corporal e imagen corporal y basan su propuesta en el análisis de la rehabilitación de un enfermo con una pérdida de la propiocepción desde el cuello hacia abajo y de los esfuerzos de este por guiarse de un modo consciente por la imagen de su cuerpo y así mejorar más y más rápidamente de los daños propioceptivos. Es decir, el enfermo había perdido gran parte de su esquema corporal (propioceptivo), pero mantenía una imagen (vívida) de su cuerpo.

El **esquema corporal** sería un sistema de habilidades sensorio-motoras que actúa sin necesidad de prestarle atención, se trata de:

*Un sistema de capacidades, habilidades y hábitos motores que permiten el movimiento y el mantenimiento de la postura. El esquema corporal no es una percepción, ni una creencia, ni una actitud. Es más bien un sistema de funciones motoras y posturales que operan por debajo de nivel de la intencionalidad auto-referida, aunque esas funciones pueden incorporarse y reforzar la actividad intencional. Los procesos preconscientes que lleva a cabo el sistema del esquema corporal están tácitamente dirigidos hacia el medio y juegan un papel dinámico en el gobierno de la postura y el movimiento. Aunque el esquema corporal puede tener efectos específicos en la experiencia cognitiva (...), carece de la condición de ser una representación consciente o creencia.*

*La conciencia visual, táctil y propioceptiva que tengo de mi cuerpo me puede ayudar a aprender un nuevo paso de baile, mejorar mi juego de tenis o imitar los movimientos de otros. Sin embargo, normalmente no tengo que pensar en poner un pie delante del otro... La postura y la mayoría de los movimientos corporales normalmente funcionan sin la ayuda de una imagen corporal<sup>3</sup>.*

En cambio, la **imagen corporal** consiste en un sistema de percepciones, actitudes y creencias referidas al propio

cuerpo que integra la experiencia del cuerpo propio, la noción que se tiene del mismo (en el marco de la propia cultura o desde la perspectiva científica) y la actitud emocional hacia él:

*La imagen corporal consiste en una compleja serie de estados intencionales -percepciones, representaciones mentales, creencias y actitudes- en los cuales el objeto intencional de estos estados es el cuerpo propio. Por lo tanto la imagen corporal implica una intencionalidad reflexiva. Implica una percepción parcial, abstracta y articulada del cuerpo en tanto en cuanto el pensamiento, la atención y la evaluación emocional se centran sólo en una parte, área o aspecto del cuerpo a la vez. También es posible que un conjunto de creencias o actitudes sobre el cuerpo hagan que la imagen corporal contenga inconsistencias o contradicciones<sup>3</sup>.*

Para Gallagher y Meltzoff<sup>116</sup> en el esquema corporal y la imagen corporal están involucrados dos niveles distintos del sistema nervioso central. Las diferencias principales quedan reflejadas en la tabla 5. De todas maneras, el esquema y la imagen corporales comparten algunas características: son multimodales, es decir, se basan en distintos sistemas sensoriales; son innatos como se demuestra en que hay miembros fantasma en casos con aplasia de un miembro o amielia<sup>518</sup>.

Por lo tanto, la imagen corporal está más cercana a ser una representación que no una capacidad funcional. El silencio de la experiencia corporal se refiere a lo que tiene de esquema, que tiene, en la normalidad, fronteras con la imagen corporal, accesible a la conciencia. Para Metzinger<sup>518</sup>, se trata del límite de lo puedo considerar la experiencia fenoménica de "mi cuerpo":

*Nunca está Vd. en contacto con el propio cuerpo – en tanto en cuanto entidad corporalizada, consciente Vd. es el contenido de una imagen, una imagen dinámica que constantemente cambia a un amplio número de dimensiones diferentes. Sin embargo, esta imagen es al mismo tiempo una parte física de su cuerpo, ya que invariablemente posee una verdadera descripción neurológica.*

Por eso ha podido decir Hadley<sup>508</sup>, que de acuerdo con esta formulación, la imagen corporal abarca lo que conocemos como nuestro propio cuerpo.

Todo ello no excluye que puedan considerarse tres clases de representación corporal<sup>495, 519, 520</sup>: sensorio-motora (esquema corporal), viso-espacial (superficie corporal) y semántica (imagen corporal). Se trata más que nada en distinguir dos tipos de trastornos, los que afectan a la espacialidad (como la autotopatognosia) y los semánticos (como las agnosias referidas al cuerpo). Si esto es así habría que considerar no dos, como Gallagher, sino tres o más tipos de sistemas corporales, para incluir también la faceta afectiva de la imagen corporal, con el riesgo de multiplicar hasta el infinito las representaciones corporales<sup>113</sup>.

Tabla 5	Esquema corporal e imagen corporal <sup>113</sup>
<b>Esquema corporal</b>	<b>Imagen corporal</b>
Inconsciente	Accesible a la conciencia, aunque sea de un modo periférico
Nivel subpersonal (mejor sería: objetivo)	Nivel personal
Anónimo	Sentido de pertenencia (mi cuerpo)
Coherente y holístico	Abstracto y parcial
Interactúa con el medio ambiente	Diferenciado de medio ambiente
Involucrado con la acción	Rara vez comprometido con la acción
Alterado en la desafrentación	Alterado en los síndromes de negligencia

## EL INTRACUERPO

Para Ortega y Gasset<sup>28</sup>, mi yo está constituido por tres yoes que conforman la arquitectura de la persona. Son "tres centros personales, que no por hallarse indisolublemente articulados dejan de ser distintos". Son un yo corporal que afecta a la vitalidad; un yo (psíquico) del alma que es el centro de la conciencia y un yo espiritual (o mental), capaz de las actividades superiores de la voluntad y la inteligencia.

El yo pertenece a la persona, los tres yoes "son míos", de cuatro maneras:

1. El cuerpo y el espíritu tienen una dependencia exterior manifiesta. En el caso del cuerpo esa dependencia es del cosmos y de las relaciones que la naturaleza nos impone y por él dependemos de la vida biológica, y en el caso del espíritu, la dependencia se da respecto de la verdad o de la norma, que se nos impone desde la misma objetividad de la realidad. "Lo que sí parece claro es que, al pensar o al querer, (las dos actividades propias del espíritu) abandonamos nuestra individualidad y entramos a participar de un orbe universal", en un mundo objetivo. Por ello, no somos individuos ni por el cuerpo ni por espíritu. El alma es la que es el centro de nuestra individualidad. "Sólo el hombre en quien el alma se ha formado plenamente posee un centro aparte y suyo", encerrado en él, el hombre se encuentra "manando sentires y anhelos desde un centro que soy yo."
2. El alma se forma en la medida que puede ir separándose de la periferia social desde la que se construye hacia adentro, se centraliza en el yo y desde él expresa nuestro más singular modo de ser. La propiedad fundamental del alma es su excentricidad, "nos sentimos individuales merced a esa misteriosa excentricidad de nuestra alma".

3. Sólo por el alma somos individuos frente al mundo y a los otros, y al mismo tiempo reconocemos al mundo y los otros como míos, los hacemos nuestros.

Del cuerpo propio se tiene un doble conocimiento:

*Lo conocemos, en efecto, por fuera como el árbol, el cisne y la estrella, pero además, cada cual percibe su cuerpo desde dentro, tiene de él un aspecto o vista interior.*

*¿No merecería la pena analizar, describir con alguna minucia, cómo es para cada cual su cuerpo, visto por dentro, cuál es el paisaje interno que ofrece? El intracuerpo no tiene color, ni forma bien definida como el extracuerpo; no es, en efecto, un objeto visual. En cambio está constituido por sensaciones de movimiento o táctiles de las vísceras y de los músculos, por la impresión de las dilataciones y contracciones de los vasos por las menudas percepciones del curso de la sangre en las venas y arterias, por las sensaciones de dolor y de placer, etc.<sup>28</sup>*

El extracuerpo es, pues, una realidad física en su anatomía y en su fisiología. El intracuerpo no es simplemente el cuerpo percibido por dentro, sino el cuerpo vivido desde dentro, tiene, además, otra forma de existencia que es, por un lado, pática y, por otro, intencional. No es un puro instrumento del yo, sino el yo convertido en instrumento de sí mismo, para desplegar su acción en el mundo y para descubrir su intimidad.

#### CUARTA PARTE: COMO CONSTRUYE EL CEREBRO LOS ESQUEMAS CORPORALES

##### LA INTEGRACIÓN DE SENSO-PERCEPCIONES DIVERSAS

Los autores que se han ocupado del estudio de las agnosias han ido describiendo la localización de las respectivas alteraciones del sistema nervioso central capaces de producir, como si eso fuera siempre posible. Esto se debe a que todas ellas han se han presentado por afectaciones sobrevenidas del cerebro, en forma de accidentes cerebro-vasculares, de traumatismos localizados o de tumores. Una perspectiva localizacionista lleva a la conclusión que tal lesión produce tal tipo de agnosia porque la capacidad del reconocimiento afectado reside en esa estructura, si a esto añadimos que muchas veces la función psicológica está mal definida y que la metodología empleada no permite llegar a conclusiones tan arraigadas, no estamos muy lejos de los planteamientos de la frenología, como hemos mencionado más arriba. El hecho es que la correlación entre áreas cerebrales y déficits neuropsicológicos dista mucho de ser lineal. La razón de este hecho es que el funcionamiento cerebral se rige más por circuitos y conexiones entre distintas estructuras y que estos circuitos se imbrican unos con otros. Sin embargo, a la espera de que la conectómica<sup>521</sup> proporcione más datos sobre el

conectoma humano<sup>522</sup>, cabe hacer un repaso somero de los hallazgos más significativos que podrían ayudar a comprender como se implica el cerebro la percepción del cuerpo.

El proceso mediante el cual el cerebro construye los esquemas corporales requiere la integración de información exteroceptiva, propioceptiva e interoceptiva entre sí y con actividades ejecutivas del movimiento asociado a la misma, para lograr un contenido simbólico que permita una experiencia y un funcionamiento corporales armoniosos y eficaces. Este complejo proceso necesita de una amplia red neuronal y la pregunta que pretende responder la investigación es cómo se llega a un resultado final que es un sistema estable y unitario de la vivencia del cuerpo propio (*corporeal self*)<sup>77, 503, 523, 524</sup> que no está condicionado por las vivencias de espacio y tiempo, y que se mantiene hasta la muerte.

##### LAS NEURONAS ESPEJO

El proceso de integración global y armoniosa de nuestro cuerpo exige la participación de las llamadas **neuronas espejo**, que son células a la vez motoras y sensoriales, lo que les confiere la capacidad de captar y anticipar movimientos de otros seres vivos. Con esto el individuo aprende comportamientos adaptativos y sienta las bases para una relación social.

Las neuronas espejo son la estructura biológica heredada para reconocimiento de gestos y de respuestas corporales. Sin embargo, por sí solas no son suficientes para explicar las dimensiones psicológicas y sociales de la imagen corporal en su más amplio sentido, capaz de integrar percepciones, sensaciones, conceptos e ideas acerca de nuestro propio cuerpo y de su relación con otros cuerpos<sup>525</sup>.

Se han encontrado neuronas espejo, además de en áreas premotoras y motoras frontales, en zonas cerebrales responsables de los procesos emocionales y cognitivos, como son las regiones temporales y frontales, lo que significa que cuando un sujeto mira a otro para imitar una acción, se trata no sólo de una actividad perceptiva visual propia de las áreas receptoras sensoriales primarias<sup>526</sup>.

##### ASPECTOS VINCULADOS AL DESARROLLO

La génesis cognitivo-emocional de la imagen corporal propia se aprende y se adquiere a lo largo de la vida. Con el paso del tiempo, los mecanismos neurobiológicos involucrados en la imagen corporal se refuerzan con la experiencia, principalmente en la infancia y adolescencia, momento en el cual quedan fijadas las redes neuronales que la hacen posible. Por este motivo, cada persona tiene un concepto diferente de la propia imagen corporal, que forma parte de su experiencia personal. En este proceso es esencial la asimilación de la información nueva a través de los sistemas sensoriales, especialmente del tacto, de la propiocepción, del sistema vestibular, del movimiento a través del sistema pira-

midial y del extrapiramidal y de la interacción de estos sistemas con el sistema visual. En el procesamiento de esta información se integran la corteza somato-sensorial, que recibe aferencias propioceptivas y de los órganos de los sentidos, el lóbulo parietal y específicamente su región posterior, que se relaciona con la atención y la conciencia del propio cuerpo, la ínsula y la porción anterior del lóbulo temporal por el papel que juega en la memoria y reconocimiento emocional, el lóbulo frontal en su porción posterior más motriz y en su porción anterior en la que se lleva a cabo la integración cognitiva de todos los procesos anteriormente descritos y la corteza prefrontal medial, que según Zimmer<sup>527</sup>, podría ser la estructura encargada de integrar la información relevante sobre la propia identidad de nuestro cuerpo y de uno mismo, aunque más adelante destacaremos el papel del lóbulo de la ínsula y estructuras adyacentes en el reconocimiento del cuerpo propio y la conciencia de sí mismo.

La representación de sí mismo se va desarrollando paulatinamente desde el año y medio de edad aproximadamente<sup>528</sup>, cuando se adquiere una noción de "yo"<sup>529</sup> y de un "yo, que yo sé"<sup>530</sup>. El reconocimiento visual de sí mismo es el más estudiado, pero hay otros aspectos importantes como son las emociones, en especial de vergüenza<sup>531</sup>, empatía<sup>532</sup> y altruismo<sup>533</sup>. El reconocimiento de sí mismo tiene que ver con recuerdos autobiográficos<sup>534</sup> y con la capacidad de imitación<sup>535</sup>.

El disimulo y la negación de sí mismo son manifestaciones precoces de la capacidad para comprender estados mentales<sup>536</sup>. Dos aspectos importantes son la utilización de pronombres personales incluyendo "yo", "mío"<sup>537</sup> y la actividad lúdica<sup>538</sup>.

Lewis y Carmody<sup>539</sup> han estudiado mediante magneto-encefalografía el desarrollo de la representación de sí mismo en niños de 15 a 30 meses y llegado a la conclusión que la única área cuya maduración se relaciona con la representación de sí mismo es la encrucijada temporo-parietal. Este hallazgo es extraordinariamente sugerente ya que se trata de la región involucrada con el lenguaje, mejor aún, con la capacidad de encontrar un sentido a lo percibido y de comunicarlo. Nosotros hemos sugerido que se trata del área del *logos* en su sentido griego clásico, que se encuentra especialmente activa en enfermos con esquizofrenia, en especial si predominan los síntomas delirantes<sup>540</sup>.

## GÉNESIS CENTRAL Y PERIFÉRICA DE LOS ESQUEMAS CORPORALES

La cuestión de si la percepción corporal se genera a partir de estímulos propioceptivos o cenestésicos, concebidos de una manera amplia o estrecha, es decir, "de abajo a arriba" (*bottom-up*) o de si es necesaria en su génesis una participación más o menos importante del cerebro, "de arriba abajo" (*top-down*) ha sido contestada de maneras diferentes a lo largo de los tiempos y ha sido objeto de importantes investigaciones recientes. La conclusión es que son necesarios

tanto unos como los otros, como ya hemos adelantado en el apartado sobre el miembro fantasma

### De abajo a arriba (*bottom-up*)

La idea de que la conciencia del cuerpo propio nace en los sentidos está ya en Aristóteles. En comentarios medievales a su *De Anima*<sup>417</sup> aparece una frase que se ha convertido en aforismo: "*nihil est in intellectu quod non fuerit in sensu*" (nada hay en la mente que antes no haya estado en los sentidos).

Más recientemente, el neurofisiólogo Jaspers<sup>541</sup> vuelve a considerar la importancia de las aferencias sensoriales para la formación de la conciencia del propio cuerpo, y que la estimulación sensorial es la base de este conocimiento, es decir, la conciencia del propio cuerpo se engendraría *bottom-up*. El sustrato neurobiológico de la misma sería la formación reticular ascendente y las conexiones de los núcleos intralaminares del tálamo, cuyas aferencias a la corteza permitirían una integración de los estímulos sensoriales para dar lugar a una conciencia subjetiva del propio cuerpo<sup>542, 543</sup>.

En los primeros momentos de la vida el bebé recibe estímulos propioceptivos, en especial los relacionados con la alimentación, la respiración y el equilibrio, que le permiten ir adaptándose al medio ambiente de forma natural y progresiva. En esta etapa es necesaria la actividad de estructuras tronco-encefálicas de vigilancia.

En una segunda etapa, el bebé va siendo cada vez más capaz de percibir sensaciones de origen cutáneo, que le llevarán a descubrir de partes de su cuerpo (manos, pies, tronco, etc.). Paulatinamente las sensaciones cutáneas se integran con estímulos visuales y auditivos, para lo cual adquiere mayor relevancia la actividad de la corteza posterior temporo-parieto-occipital. Esto permite al niño ir integrando y adquiriendo conciencia de su esquema corporal.

A medida que el niño desarrolla destrezas motoras, como caminar, desplazarse y adoptar posturas complejas va tomando conciencia de la postura y situación del cuerpo y sus partes, gracias a la participación. Por último, la integración en este proceso del circuito amígdala-hipocampo-cortex orbitofrontal, incorpora los aspectos emocionales y sociales, esenciales en la experiencia definitiva de su cuerpo.

### El tono muscular

Un aspecto importante en los procesos *bottom-up* de la organización cerebral de la experiencia corporal es el tono muscular. El tono está en relación con la postura y la actitud sobre todo en lo que afecta a las relaciones humanas. Para Stambak<sup>544</sup> cada persona tiene una determinada organización de su tono muscular, lo que hace posible caracterizar a los seres humanos por sus manifestaciones tónicas. El tono muscular proporciona sensaciones propioceptivas que in-

ciden fundamentalmente en la construcción del esquema corporal.

El tono muscular se cimienta en procesos de atención derivados de la actividad de la formación reticular ascendente y en él están presentes procesos de aprendizaje (por ejemplo de la escritura) y emocionales. Por lo tanto el tono se integra en los esquemas corporales como parte esencial de nuestros gestos y actitudes propios.

### *La postura y el equilibrio*

Un segundo aspecto importante en la organización cerebral *bottom-up* de la experiencia corporal son la postura y el equilibrio en tanto en cuanto como elementos necesarios para comunicarse, adaptarse al medio y para configurar los esquemas corporales. La postura afecta al cuerpo mientras que el equilibrio afecta al espacio. En conjunto, ambos permiten desarrollar, adaptar e integrar el cuerpo en el entorno físico, personal, emocional y social. La integración del sistema vestibular con la actividad del cerebelo genera un circuito subcortical necesario para la buena coordinación del cortex cerebral posterior del esquema corporal.

La posición erecta y la bipedestación distinguen a los seres humanos de los de otras especies y amplían profundamente el alcance de su cuerpo. Al abrir los brazos crece enormemente la imagen corporal de tal manera que el movimiento de extender las extremidades circunscribe un nuevo espacio y modifica los límites y la distancia entre el yo y el mundo. Así sucede lo que Minkowski<sup>545</sup> denominó "distancia experimentada" que es distinta a la real, porque no se expresa en términos geométricos. Existe también una distancia interior necesaria, definida como una lejanía experimentada, a pesar de la proximidad del contacto, que es la que se desenvuelve entre una persona y otra persona o entre una persona y un objeto. El espacio circundante propio constituye un medio entre el yo y el mundo y a través de este espacio puede mantenerse al otro a un brazo de distancia o permitirle que se acerque para ser recibido con los brazos abiertos.

Más recientemente los Blakeslee<sup>546</sup> han llegado a la conclusión que el espacio personal se extiende unos 45 a 120 cm alrededor del cuerpo y que este volumen se desplaza y cambia dependiendo de las circunstancias. También atribuyeron un papel importante al *gyrus angularis* derecho, el cual al ser sometido a estimulación magnética transcranial hacia que los sujetos dejaban de poder distinguirse a sí mismos de los demás.

Entre todas las dimensiones espaciales adquiridas con la posición erecta la más importante es la del espacio lateral. Los movimientos de la acción del brazo y de la mano hacen accesible el espacio lateral. La mayor parte de los oficios del ser humano se originaron de esta manera de tal forma que en el espacio lateral se han ido desarrollando las habilidades primitivas que han permitido aprender a coser, sembrar, soldar, tocar el

violín, etc. Por otra parte, la mano es un instrumento que sirve para mantener la relación con el espacio. Por ejemplo, al perder el equilibrio la mano tiende a buscar algo en que apoyarse, en la oscuridad actúa como "vigía" para evitar golpes y el paciente fóbico se siente más seguro si lleva algo en las manos.

La postura expresa emociones y afectos. Para Ajuriaguerra<sup>547</sup> la primera actividad comunicativa del bebé es postural, es un diálogo tónico que se establece entre el recién nacido y su madre.

### *La expresión facial*

La cara tiene unos 47 músculos<sup>548</sup>, la mayoría de los cuales tiene una inserción en el hueso y otra en la piel, o carecen de inserción ósea y no tienen que hacer frente a músculos antagonistas. Tampoco se trata de un sistema muscular antigravitatorio. Todo esto lo que indica que su función rarísima vez es la de desplazar el cuerpo o alguna de sus partes. Son músculos destinados principalmente a la expresión, a la comunicación no verbal y por lo tanto predominantemente afectiva.

La actividad periférica altera y puede deformar la percepción del propio cuerpo. Los primeros trabajos relacionados con la activación de la musculatura facial mediante estimulación eléctrica de las fibras musculares fueron los de Duchenne de Boulogne<sup>549</sup>, y así, la activación del músculo cigomático mayor, que inerva la musculatura de las comisuras labiales provoca el sonreír. Sus ilustraciones famosas fueron incorporadas por Darwin a su obra sobre la expresión de las emociones en el hombre y los animales<sup>550</sup>.

Varios estudios que concuerdan que la modificación del estado de contracción o relajación de distintos músculos faciales puede transformar emociones negativas en positivas y pasar de estados de tristeza y mal humor a estados de alegría y optimismo ante situaciones de la vida diaria. Los músculos superciliar (*corrugator supercili*), prócer (*pyramidalis nasi* o *procerus nasi*) y frontal (*frontalis*) están asociados a la expresión de emociones negativas, tales como depresión, miedo, rabia y furia, pero también se han considerado importantes y cruciales en expresiones emocionales no negativas, como los estados de sorpresa en los que se activan fibras propias de este último músculo<sup>551-554</sup>. Por el contrario el músculo orbicular de los ojos o de los párpados (*orbicularis oculi sive palpebrarum*), que inerva la mayoría de la musculatura de los ojos en unión con el músculo cigomático mayor (*zygomatikus major*) se activa cuando una persona sonríe o se siente feliz<sup>555-557</sup>. Así, la relajación mediante la inyección de la toxina botulínica de los músculos superciliar, prócer, frontal y orbicular de los ojos consigue mejorar enormemente la expresiones faciales y al mismo tiempo tener consecuencias positivas en el estado emocional del propio individuo<sup>558-560</sup>. Puede conseguirse una activación igual simplemente colocando un lápiz entre los dientes para simular una sonrisa lo que favorece la elección entre figuras expuestas de aquellas que expresan mayor felicidad<sup>561</sup>. Por otra parte, las emociones

positivas espontáneas también se asocian con la activación del músculo orbicular de los ojos<sup>562, 563</sup>, mientras que cuando las sonrisas se presentan en situaciones negativas, es decir, son forzadas, el músculo orbicular de los ojos no se activa<sup>562, 564, 565</sup>. En un estudio llevado a cabo colocando "tees" de golf en la frente para forzar el movimiento del músculo orbicular de los ojos se encontró que la activaban dichos músculos provocaba la tendencia a ver más negativamente las imágenes con contenido emocional desagradable<sup>566</sup>.

### De arriba a abajo (*top-down*)

Ya el propio Leibniz matizó el aforismo aristotélico citado más arriba añadiendo las palabras "excepto el propio intelecto": *Nihil est in intellectu, quod non fuerit in sensu, excipe: nisi ipse intellectus*<sup>567</sup>. En el mismo sentido, para James, "la conciencia no es un derivado de entradas sensoriales sino que se genera intrínsecamente y se modula (o contextualiza) por dichas entradas sensoriales"<sup>568</sup> y desde una perspectiva ciertamente dualista propone una síntesis entre el mundo material y los estados mentales relacionados con ellos, que no son meros estados cerebrales. Son: *estados mentales que interactúan entre ellos y, en el reinado de la mente, obedecen a sus propias leyes causales*<sup>569</sup>.

A finales del siglo XIX y principios del XX Janet<sup>424</sup> y Blondel<sup>570</sup> se refirieron al papel de los estímulos periféricos, cenestésicos, y del modo como se conforman e incluso se anulan por instancias que más "centrales" o "superiores", entre comillas ya que no consideraban que se tratara exclusivamente de mecanismos cerebrales.

Janet<sup>424</sup> subraya que en ninguno de los casos de despersonalización que había examinado pudo poner de manifiesto el mínimo trastorno sensorial periférico, y que no había observado síntomas psíquicos en los afectados por *tabes dorsalis*, cuyas percepciones corporales estaban seriamente alteradas y que abogar por la existencia de una alteración de la "sensorialidad corporal" le parecía una hipótesis "metafísica". En consecuencia, fenómenos psicopatológicos como la despersonalización y el sentimiento del vacío, deben ser considerados como un déficit de la energía psíquica disponible para la acción y no como un trastorno sensorial:

*"Una psicología científica debe considerar los hechos psicológicos como acciones y expresarlas en términos de acción. El sentimiento de vacío es un trastorno de la acción y no de la sensibilidad o de la conciencia mal entendida".*

Análogamente en la despersonalización está afectada la *acción secundaria*, que Janet concibe como la aportación de creencias a la circunstancia vivida y de la integración eficaz con la reacción inmediata a los estímulos sensoriales, externos o internos, que serían la *acción primaria*.

De la misma manera, Blondel<sup>570</sup> considera que ninguna teoría puramente fisiológica (periférica) puede explicar los

fenómenos observados en la clínica. Se necesita además un nuevo elemento que es el lenguaje, el "mensaje cenestésico", aunque este no determina por sí solo la enfermedad mental. El componente morboso consiste en la insuficiencia de la respuesta verbal a las percepciones corporales, respuesta que el sujeto elabora a partir de las herramientas lingüísticas que ha recibido de la sociedad a la que pertenece. Esta aportación de Blondel abre la puerta a consideraciones más fenomenológicas en relación con el significado de la percepción del propio cuerpo que más abajo consideramos. Por otra parte, al desplazar el interés del cuerpo fisiológico, en el que se originan estímulos internos destinados a recibir un significado por el lenguaje, al cuerpo según la sociedad, que impone a esa hermenéutica los códigos y reglas de la colectividad, Blondel se acerca a sociólogos modernos y a los estudios sobre el cuerpo como manifestación y sobre todo a postulados de Durkheim, al que cita textualmente:

*Hay realmente una parte de nosotros mismos que no está situada bajo la dependencia inmediata del factor orgánico: es todo lo que, en nosotros, representa a la sociedad. Las ideas generales que la religión o la ciencia graban en nuestras mentes, las operaciones mentales que suponen esas ideas, las creencias y los sentimientos que se hallan 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 nuestras sensaciones y nuestros estados cenestésicos. Es que [...] el mundo de las representaciones en el cual se desarrolla la vida social se sobreañade a su sustrato material, en lugar de proceder de él.*

Sería pues necesario recrear un lenguaje para el cuerpo, más allá del dualismo en cualquiera de sus formas. En el fondo se trataría de un nuevo lenguaje, poético y místico que hable del ser humano y no de "su cuerpo". Lenguaje difícil, sin duda:

*¿Cómo podemos hablar del cuerpo sin extinguirse en el silencio y sin transformarse, por el contrario, el cuerpo en lenguaje?. Un lenguaje en concordancia con el cuerpo se encuentra sólo si nuestro hablar corporal siempre sobrepasa al hablar acerca del cuerpo<sup>60</sup>.*

Para Blondel la conciencia normal es el resultado de la puesta en marcha, quizá de la imposición, de conceptos y herramientas interpretativas del sistema de representaciones colectivas, y en consecuencia prescinde de lo individual, de lo *psicológico puro*. La conciencia normal es una conciencia en la que los estímulos cenestésicos están anulados por el sistema impersonal del discurso socializado. No es pues el cuerpo quien impone su ley a la conciencia. Es la sociedad quien, por mediación del lenguaje, toma el mando de la conciencia, e imprime su ley al cuerpo

En la enfermedad, la conciencia mórbida, incapaz de utilizar el lenguaje de acuerdo con las leyes colectivas, es una conciencia sumida en lo individual cenestésico, en lo no-verbal o lo pre-verbal restringido al uso de las más atrevidas metáforas. Por si fuera poco, Blondel destaca el ca-

rácter poético de esos intentos, porque la poesía se rebela contra a las normas sociales y es expresión de lo más idiosincrático, de lo "psicológico puro", que tiene algo en común con la "conciencia mórbida".

Algunas de estas nociones reaparecen elaboradas en textos de Freud en torno a la censura y a las instancias prohibitorias, pero, si bien se despoja al cuerpo de toda importancia en la etiología de los trastornos psíquicos, le pone en el primer plano del lugar y escena de la manifestación de ese trastorno:

*El sistema nervioso es un aparato al que compete la función de suprimir los estímulos a medida que le llegan, de reducirlos a un nivel lo más bajo posible, e incluso, si ello fuera posible, querría mantenerse libre de todo estímulo.*<sup>571</sup>

De ahí que el comportamiento esté unas veces guiado por la epicúrea satisfacción de las necesidades, o el estoico aniquilamiento de las sensaciones que comportan.

*El fin de un instinto es siempre la satisfacción, que sólo puede ser alcanzada por la supresión del estado de excitación de la fuente del instinto. Pero aún el fin último de todo instinto es invariable, puede haber diversos caminos que conduzcan a él, de manera que para cada instinto pueden existir diferentes fines próximos susceptibles de ser combinados o sustituidos entre sí. La experiencia nos permite hablar también de instintos coartados en su fin, esto es, de procesos a los que se permite avanzar cierto espacio hacia la satisfacción del instinto, pero que experimentan luego una inhibición o una desviación.*<sup>572</sup>

Entender la conciencia del cuerpo desde una perspectiva neurofisiológica asociada a los procesos de vigilancia vinculados a la formación reticular ascendente, es insuficiente. Así, cuando se pierden las aferencias sensoriales como consecuencia de la adaptabilidad de los receptores sensoriales (el ejemplo podría ser el de la ropa que llevamos puesta o el olor que percibimos en un primer momento después de un buen rato se desvanece), no desaparece la conciencia del cuerpo. No es posible pues asociar estímulos sensoriales ascendentes a conciencia del cuerpo. En el miembro fantasma el cerebro reorganiza la información al margen de los estímulos periféricos y más aún, en la privación sensorial profunda y prolongada, el cerebro reorganiza la información corporal al margen de las sensaciones, muchas veces llegando a producir alucinaciones, de las cuales muchas se refieren al propio cuerpo. En "El cuerpo y la corporalidad"<sup>34</sup> incluimos un apartado sobre experiencias con psicomiméticos en las que hay que destacar las modificaciones ilusorias y alucinatorias de la vivencia corporal y de la del mundo circundante. Lo mismo sucede en la ceguera cortical, en la que, a pesar de tener alteraciones y defectos importantes en el campo visual que incapacitan para llevar a cabo adecuadamente tareas visuales y viso-motoras, incluyendo movimientos sacádicos y de localización manual, detección de movimiento, e inclu-

so discriminación del color<sup>573</sup>. Estos pacientes no son totalmente conscientes de las aferencias visuales necesarias para completar dichas tareas, es decir, sólo una parte consciente de su sistema visual se ha destruido mientras que el resto ha quedado en buenas condiciones funcionales.

Sin embargo, una vez consolidado el proceso, los mecanismos *top-down*, que son la consecuencia de una actividad cerebral independiente de la estimulación sensorial, son capaces de generar la experiencia corporal propia.

Los procesos *top-down* son esenciales en la formación de la imagen corporal en el sentido de Schilder<sup>503, 504</sup>, puesto que integra los procesos más complejos del ser humano en los que se combinan aspectos espacio-temporales, de representaciones mentales y de conocimiento abstracto. La imagen corporal trasciende al conocimiento del propio espacio físico en el que se desarrolla la actividad corporal para situarse en un espacio temporal y mental diferente que le permite poder abstraer, imaginar, simbolizar e incluso distorsionar el propio esquema.

El doble proceso de constituir la imagen del propio cuerpo, por un lado como realidad objetiva, asociada con la percepción de la forma, dimensiones, peso, etc. y por otra subjetiva, vinculada a la personalidad y forma de ser, son forzosamente la consecuencia de una determinada organización global de la imagen corporal a nivel cerebral. Esta implicación global afecta a múltiples redes neuronales, entre ellas y de un modo importante estructuras de origen subcortical como la amígdala y el hipotálamo en su relación con la corteza prefrontal. La amígdala controla procesos centrales de tipo emocional mientras que el hipotálamo controla de forma estable el peso de nuestro cuerpo. Así, los procesos de información y percepción interaccionan con otros más globales, lo que explica la gran extensión de las redes neuronales implicadas en la conciencia y experiencia de la imagen corporal<sup>514</sup>.

Para Llinás<sup>97, 575</sup> los sistemas de alerta son un proceso funcional intrínseco del cerebro que está modulado por procesos sensoriales. La actividad intrínseca se produce por medio de una actividad del tálamo dorsal de 40 Hz capaz de generar y mantener una sincronización de grupos distantes de neuronas y proyecciones extensas a la corteza cerebral que trasciende las de las áreas corticales sensoriales y motoras. Se trataría de un proceso de ligazón (*binding*) temporal de la actividad cortical modulada por los impulsos sensoriales aferentes, que, entre otras cosas es responsable de que estímulos que caen dentro de un percepto 'el *quantum*' (12-15 ms.) no se perciban entidades separadas. La experiencia consciente de nuestro estado y esquema corporal exige un gran número de conexiones neuronales además de las necesarias para recibir los *aferencias* sensoriales, de donde se deduce la importancia de un enfoque *top-down* basado en los procesos atencionales o cognitivos complejos.

Sin embargo, hay que aceptar que los procesos más complejos del ser humano como es la conciencia de sí mis-



mo<sup>90</sup> y los involucrados en la previsión, el juicio social, la empatía y el razonamiento complejo están asociados a la actividad frontal<sup>576</sup>.

## Periferia y centro

Los estímulos sensoriales son tan necesarios como la actividad central. Se ha argumentado que las alteraciones de conciencia inducidas por alucinógenos son exclusivamente de origen central. Schilder<sup>503, 504</sup> no estaba de acuerdo con ello y polemizó vivamente con Conrad<sup>505</sup> que lo aceptaba y recuerda unas experiencias de Hoff y Pötzl<sup>577</sup> que provocaron una anosognosia, por la simultánea exclusión funcional de la corteza parietal y del tálamo, sin que se hubiera producido alteración de la conciencia. Tampoco Riddoch<sup>578</sup> en una revisión de conjunto, y tantos otros, consideran necesaria la presencia de las citadas alteraciones de conciencia. Por otra parte, los alucinógenos no anulan las aferencias sensoriales, de tal manera que en muchas ocasiones las alucinaciones son distorsiones ilusorias de carácter onírico. Tampoco hay que olvidarse del hecho que este tipo de sustancias tiene efectos sobre el sistema nervioso periférico y el filtrado de la información sensorial<sup>579, 580</sup>. Este mismo juego entre factores periféricos y centrales se produce en caso de dolor crónico como la fibromialgia<sup>581</sup>, lo cual tiene implicaciones para el tratamiento<sup>582</sup>.

Resulta, pues, indudable, la participación de mecanismos periféricos y centrales en la producción del esquema corporal. De modo que plantear la cuestión como una disyuntiva entre periférico y central es un error. Más bien habría que dirimir en cuánto su determinación es central y en cuánto es periférica. O mejor aún, de qué modo es central y de qué modo periférica. Los esquemas del mundo no son la consecuencia de un proceso exclusivamente sensorial. Para von Uexküll<sup>583</sup> lo fundamental en la percepción del mundo circundante es la imagen de nuestra posibilidad motora.

Por lo tanto, la percepción no es el mero resultado de las impresiones sensoriales. Sólo es posible por la interacción del impulso externo y una actividad interna. Toda percepción es un encuentro, un encuentro creador.

## LATERALIZACIÓN CEREBRAL

A finales del siglo XIX los clínicos asociaron el hemisferio derecho a la locura, la euforia, la presencia de episodios disociativos y la histeria<sup>584</sup>. Más tarde Babinski<sup>585</sup> describió la anosognosia en dos casos de hemiplejía izquierda, y otros muchos casos se han descrito desde entonces, pero apenas hay uno seguro de anosognosia derecha. Gerstmann<sup>586</sup>, se preguntaba por qué una lesión en el hemisferio izquierdo producía una agnosia digital y una lesión en el lugar correspondiente del hemisferio derecho producía una anosognosia.

A Critchley<sup>236</sup> le llamaba la atención que existiera una orientación derecha-izquierda, y que esta estuviera sujeta a

alteraciones morbosas, mientras la orientación en los planos verticales y sagitales se mantenía intacta. Es como si la orientación derecha-izquierda fuese especialmente vulnerable.

El esquema corporal permite la conciencia de uno mismo, de los propios límites espaciales, de la integración de la conducta motriz con las estimulaciones propioceptivas-exteroceptivas y sobre todo de su ubicación espacial. En este sentido la lateralización toma especial interés en el conocimiento del esquema corporal, tanto que el cerebro adopta un sistema de asimetría de funciones relacionadas con la lateralización que abarcan estructuras corticales y subcorticales en el desarrollo del mismo. La lateralidad corporal permite la organización de las referencias espaciales, orientando al propio cuerpo en el espacio y a los objetos con respecto al propio cuerpo facilitando, por tanto, los procesos de integración perceptiva y la construcción del esquema corporal. La lateralidad corporal parece, pues, una función consecuente del desarrollo cortical que mantiene un cierto grado de adaptabilidad a las influencias ambientales.

La lateralidad se va desarrollando siguiendo un proceso que pasa diferentes fases desde la falta de diferenciación en los dos primeros años de vida, pasando por la indefinición temporal entre los dos y los cuatro años, hasta llegar a la automatización en la etapa escolar, que le facilita entre otras cosas el aprendizaje de la lectura y escritura. En esta etapa la participación de estructuras corticales posteriores de análisis de la información espacial será de gran relevancia en la construcción del esquema corporal.

En el curso del tiempo se ha ido viendo que el hemisferio derecho está implicado en una larga serie de funciones:

- Mantenimiento de movimientos intencionales.
- Atención espacial.
- Habilidades viso-constructivas.
- Movimientos voluntarios oculares.
- Orientación topográfica.
- Memoria emocional, comprensiva.
- Comprensión de los gestos y emociones de terceros.
- Imagen corporal
- Trastornos del sí mismo (*self*) y de los límites del yo, incluyendo las reacciones de conversión.

Por todo ello, se ha considerado al hemisferio izquierdo como más involucrado en operaciones lógicas y al derecho como más dedicado al análisis de experiencia<sup>587</sup>, del sentido físico y emocional del sí mismo, es decir de la conciencia individual del propio cuerpo y de su relación con el mundo y con los estados emocionales.

El estudio de las consecuencias de lesiones cerebrales localizadas ha proporcionado los siguientes datos:

- Lesiones frontales derechas afectan al comportamiento social, dificultan las relaciones interpersonales y la conciencia social.
- Lesiones fronto-parietales derechas afectan al control

de los impulsos.

- Lesiones en el lóbulo temporal derecho afectan al sentimiento de familiaridad, lo que suele provocar miedo o exaltación del ánimo.
- Lesiones del lóbulo parietal derecho afectan la imagen corporal, y tras ellas se deteriora la orientación topográfica y el sentido de la relación del cuerpo con el medio ambiente.
- Lesiones frontales mediales y orbitofrontales y alteraciones del mí mismo (*self*) corporal, relacional y narrativo<sup>588</sup>.

En contra de lo que pudiere esperarse, la interrupción de las conexiones entre ambos hemisferios (callostomía) no produce una profunda alteración en la "unidad de la conciencia" y no se afectan los rasgos de la personalidad, el humor, el lenguaje y la inteligencia. Los cambios que se producen afectan a la respuesta emocional a estímulos negativos o aversivos, y también disminuyen los sentimientos de miedo, enfado y las reacciones sociales emocionales como vergüenza, celos o culpa<sup>589</sup>.

## El hemisferio derecho y el mí mismo (*self*)

Lesiones en el hemisferio derecho producen trastornos de la identidad corporal<sup>590, 591</sup>, dan lugar a una desorientación topográfica<sup>592</sup> o interfieren con la relación del mí mismo con el ambiente, por ejemplo en lo que se refiere a la comprensión de comportamientos en diferentes situaciones sociales, a la interpretación de conductas sociales y emocionales, a la planificación de acciones en un contexto social y al mantenimiento de contenidos relevantes para la persona (caras, personas, voces, nombres expresiones lingüísticas, caligrafía, topografía, etc.)<sup>593</sup>. La mayor parte de ellas son funciones fundamentales en la Teoría de la Mente, cuyas alteraciones también están vinculadas a lesiones del hemisferio derecho<sup>594</sup>.

Devinski<sup>595</sup> ha hecho una propuesta de cuales serían las funciones cerebrales involucradas en la conciencia de sí mismo desde una perspectiva evolucionista para identificar el modo como se verían afectadas por una lesión o una estimulación del hemisferio derecho. En esencia, la anosognosia y la desorientación topográfica serían consecuencia de una interferencia con la función de identificación de la imagen corporal y su relación con el medio ambiente; los trastornos de los límites del yo con la capacidad de distinguir el mí mismo (*self*) del no *self*; la prosopagnosia, la agnosia visual y la experiencia de *déjà vu* con el reconocimiento de objetos y personas conocidas y la incapacidad de comprender o expresar emociones, gestos, la pérdida del sentido del humor y de ironizar, mientras que la disminución de la expresividad facial y de las respuestas vegetativas ante estímulos emocionales serían una consecuencia de la afectación de la capacidad de una comprensión emocional y reacción ante estímulos ambientales o corporales.

No podemos dejar de señalar que gran parte de las funciones descritas están afectadas en la esquizofrenia y que hay datos que sugieren una mayor afectación del hemisferio derecho en la enfermedad<sup>596</sup>. La incorporación de avances en la

investigación neuropsicológica a la psicopatología de la esquizofrenia y de otros trastornos mentales está comenzando a crear nuevos paradigmas. Incluso se ha postulado, no sin cierta ingenuidad, una deconstrucción de la psiquiatría<sup>597</sup>.

La experiencia con enfermos que han sido sometidos a una callostomía han puesto de manifiesto que el hemisferio izquierdo es el "interprete" que pone un orden lógico la información aferente y construye narraciones sobre nuestra propia imagen y creencias<sup>598</sup>. Es el hemisferio en que se llevan a cabo las funciones analítico-verbales<sup>599</sup>. El hemisferio izquierdo se involucra en contextos monosemánticos<sup>600</sup>.

El hemisferio izquierdo es el hemisferio del *logos*, que recoge información, la ordena y la pone en palabras<sup>601</sup>, función que se altera en la actividad delirante, la cual probablemente es consecuencia de una hiperactividad de las áreas del lenguaje<sup>540</sup>. El hemisferio derecho es el de las funciones no verbales, integradoras, que son precisamente las de más valor adaptativo, por su capacidad de auto-monitorizar el comportamiento y la integración afectiva<sup>599</sup>. Es el hemisferio que se involucra en contextos polisemánticos. Para Weinberg<sup>600</sup> la conducta suicida sería la consecuencia de una hipofunción del hemisferio derecho, de por sí hiperactiva en los estados depresivos, que obligaría al hemisferio izquierdo a asumir tareas para las que no está preparado con el resultado de una mayor tendencia a la disociación, a la percepción alienada y negativa del cuerpo, a una menor sensibilidad al dolor a una restricción cognitiva y a una dificultad en la regulación afectiva, entre otras alteraciones.

El hemisferio derecho controla los aspectos sociales de la expresión oral, como son las metáforas, la comprensión de significados ambiguos, el sentido del humor o el sarcasmo. También es responsable de la organización de una conversación, de si se trata de un discurso acelerado, vago, tangencial, logorreico o desinhibido.

El hemisferio derecho permite relacionar el mundo externo, extracorpóreo, con el mundo propio, corpóreo, o, en términos de Ortega y Gasset, el extracuerpo con el intracuerpo<sup>28</sup>. El hemisferio derecho participa en la sentimiento del mí mismo físico y emocional (*sense of physical and emotional self*), de la conciencia individual de la corporeidad (*corporeal being*) y de su relación con el ambiente y los estados emocionales<sup>595, 605</sup>.

## LA IDENTIFICACIÓN Y REPRESENTACIÓN DEL CUERPO

En la identificación del cuerpo en general están involucrados la circunvolución frontal inferior de ambos lados, la circunvolución frontal media, el cíngulo, los surcos central y post-central, el lóbulo parietal inferior y la circunvolución fusiforme del hemisferio derecho.

La representación de cuerpo de los demás necesita de la llamada área corporal extraestriada, en el surco temporal posterior de la circunvolución temporal media y quizá también del

área corporal fusiforme<sup>602</sup> y la integridad de otras áreas según las características a percibir: áreas corporales extra-estriatales y circunvolución fusiforme para las posturas contorsionadas, las circunvoluciones temporal superior y frontal inferior y el lóbulo parietal inferior para cuerpo en movimiento. La repetición de la presentación de la misma postura da lugar a una supresión de la actividad de la mayor parte de estas áreas.

Cuando está dañada la corteza insular el sujeto responde a estímulos dolorosos con sonrisas<sup>603, 604</sup>, porque aunque capaz de percibir el estímulo como peligroso, el dolor ha dejado de ser aversivo, con lo cual se cumplen los dos requisitos para la aparición de la risa, la progresiva creación de un modelo expectativo y un cambio súbito del mismo. En este caso, el dolor como amenaza y la desaparición de la sensación de amenaza, es lo que lo convierte en una falsa alarma, que produce hilaridad.

## Identificación del propio cuerpo

La conciencia corporal (**corporeal awareness**) es la percepción, conocimiento y evolución del cuerpo propio y del de los demás. En ella son muy importantes los estímulos interoceptivos. La conciencia corporal depende de una actividad de muchas estructuras cerebrales: lóbulo parietal inferior y surco parietal inferior del hemisferio derecho y circunvolución orbital posterior y circunvolución occipital lateral del hemisferio izquierdo y corteza premotora<sup>605, 606</sup>.

El procesamiento de la imagen corporal propia tiene un carácter modular, es decir, la afectación del reconocimiento de la propia cara no afecta a la del cuerpo y viceversa<sup>607</sup>.

En la distinción de qué sensaciones, acontecimientos y objetos pertenecen al mundo o al propio cuerpo intervienen conexiones frontoparietales del hemisferio derecho<sup>608</sup>, y sobre todo la encrucijada temporo-parietal. La inhibición de la misma mediante estimulación magnética transcranial interfiere claramente con esa discriminación<sup>609</sup>.

En una serie de artículos Craig<sup>472, 610-612</sup>, ha hecho una amplia y profunda revisión del papel de la parte anterior de lóbulo de la ínsula y de la conciencia pre-reflexiva (*awareness*), partiendo de su descripción de una vía filogenéticamente muy nueva: lamina I espino-tálamo-cortical y del núcleo del tracto solitario, que provee a la corteza insular posterior información primaria interoceptiva de la condición del propio cuerpo. La corteza insular posterior está involucrada a todos los sentimientos subjetivos corporales y en la conciencia emocional pre-reflexiva de acuerdo con la teoría de James-Lange y la noción de Damasio de "marcador somático"<sup>144</sup>. Los marcadores somáticos son emocionales y de otra naturaleza, conscientes o inconscientes asociados a la representación cerebral del estado corporal para modular la respuesta del organismo más allá de meros aspectos cognitivos. Se trata de procesos emocionales que se anticipan al proceso racional, que se establecen en función de experiencias emocionales pasadas. En apoyo de esta hipótesis está el hecho que los procesos emocionales tienen una respuesta neurofisiológica muy temprana, de 50 a 150 mseg, mientras que los racionales se procesan más tardíamente, alrededor de los 300

mseg. Lo curioso es que doscientos años antes Pascal había llegado a la misma conclusión, que las emociones no eran meros espejismos del pensamiento racional, pensamientos rudimentarios (Descartes). Con él la vida sentimental (lo no racional de la naturaleza humana) adquirió un papel protagonista. Escribe en su obra "*Les Pensees*"<sup>613</sup>:

*M. De Roannez dijo: "Las razones vienen después, antes de que algo me agrade o desagrade, sin saber porque. Pero, este algo, me disgusta por razones que sólo descubro después". Pero no creo que algo me disguste por las razones que descubro después, sino que encuentro razones porque el hecho me había disgustado. Todo razonamiento se reduce a ceder al sentimiento.*

*El corazón tiene sus razones, que la razón desconoce.*

Para Craig existe evidencia anatómica para reconocer que hay una progresión de representaciones integrativas de sentimientos afectivos corporales que culminan en una representación de todos ellos en la ínsula anterior de ambos hemisferios, la cual juega un papel determinante en la integración de sentimientos referentes al cuerpo cuya representación afectiva ha recibido el nombre de "mí mismo sentiente" ("*sentient self*")<sup>611</sup>, en un modelo cinematográfico de la conciencia pre-reflexiva como base de la subjetividad.

Utilizamos el término conciencia pre-reflexiva para traducir *awareness* y distinguirlo de la conciencia reflexiva (*consciousness*) y de la vigilancia (*arousal*). La primera consiste en un darse cuenta, la segunda añade un significado y la comprensión de ese darse cuenta, la tercera, cuya base es la sustancia reticular ascendente del tronco del encéfalo, es la capacidad de estar despierto y atento.

La corteza insular anterior está involucrada no sólo con sentimientos subjetivos, sino también con la atención, las elecciones e intenciones cognitivas, la música, la percepción del tiempo, la conciencia de las sensaciones y movimientos, la percepción visual y auditiva, la imagen visual de sí mismo, la fiabilidad de las imágenes sensoriales, las expectativas personales y la confianza en otros individuos. Ninguna otra región cerebral está involucrada en estas funciones, las cuales tienen en común que afectan a la conciencia pre-reflexiva de sí mismo.

Para Craig la base cortical de la conciencia pre-reflexiva es un conjunto ordenado de representaciones de todos los sentimientos instantáneos presentes a lo largo de un periodo limitado de tiempo. La clave para el yo sintiente está en la integración de la saliencia de estos estímulos, emocionales, insistentes, determinada por su significancia para el mantenimiento y el progreso del individuo y de la especie, desde el nivel homeostático (energético) hasta el sentimiento corporal completo como fundamento de la codificación de todos los sentimientos. Es digno de señalar el paralelismo de esta perspectivas y nociones filosóficas y clínicas en torno a los sentimientos vitales, el fondo endotímico de la personalidad, el círculo timopático, en definitiva, de la "costura del alma y el cuerpo"<sup>121, 634</sup>.

La elaboración de los sentimientos corporales llevada a cabo en la ínsula posterior se integra en la ínsula media y en la anterior, uni o bilateralmente dependiendo del origen de la actividad. En el trayecto de la parte posterior de la ínsula a la anterior se integran sucesivamente información homeostática de la función motriz (del hipotálamo y de la amígdala), ambiental (de la corteza entorrinal y de los polos temporales), de los componentes hedónicos (del núcleo accumbens y de la corteza orbitofrontal) y motivacional, social y cognitiva (de la corteza cingular anterior y de la corteza frontal ventromedial y dorsolateral). El modelo de Craig proporciona una base neuroanatómica de la construcción de la vivencia corporal desde sus aspectos más elementales, el *tactus intimus*, a la identidad de sí mismo en el mundo, pasando por la cinestesia, el esquema y la imagen corporales que hemos descrito más arriba. Para Craig cada una de estas etapas tiene su ventaja evolutiva concreta que culmina con la comunicación emocional propia de los homínidos.

El momento clave de este proceso es la representación unificada de un "momento emocional global" cerca de la encrucijada ínsula anterior-opérculo frontal, base de un "mi mismo material" o yo sentiente en un momento concreto, en un "ahora", que se imbrica en una serie, una meta-memoria, en una metáfora como la del taxímetro de Head y Holmes, pero en este caso emocional y no postural, en la que la saliencia (emocional) es la clave.

La corteza cingular anterior tiene relaciones estrechas con áreas anatómicas adyacentes como el opérculo frontal ya mencionado, la corteza cingular anterior y se ha planteado la hipótesis de que en todas estas actividades juegan un papel importante las neuronas de von Economo.

Las neuronas de von Economo, descritas por este neuroanatómico en 1929<sup>614</sup> son células bipolares, es decir, sin ramificaciones dendríticas, de gran tamaño que se localizan en la corteza frontoinsular y cingular anterior de los grandes simios y de la especie humana. Son más abundantes en el hemisferio derecho. Son probablemente neuronas de proyección aunque no se conocen bien sus dianas finales. Originalmente estaban involucradas en la regulación homeostática del apetito, pero a lo largo de la evolución y del desarrollo han ido asumiendo muchas de las funciones atribuidas a la corteza insular anterior. El lóbulo de la ínsula es la estación terminal de los impulsos interoceptivos. La corteza insular del ser humano se diferencia notoriamente de la de los animales por su papel en la conciencia del cuerpo propio. La corteza cingular anterior ha sido involucrada con muchas actividades y procesos tales como la distensión del intestino y el orgasmo, el ansia del tabaco, el amor materno la capacidad de decisión y de tener una intuición súbita. Es posible que todas se deban a una re-representación de aferencias interoceptivas y sobre todo, en el caso de las neuronas de von Economo<sup>612</sup>.

Las neuronas de von Economo y las muy relacionadas con ellas, células en tenedor (*fork cells*) expresan selectivamente péptidos bombesina como la neuromedina B (NMB) y el péptido liberador de gastrina (GRP), involucrados en la sensación de saciedad. Es muy posible que una afectación de estas neuronas juegue un papel en la demencia frontal, en el autismo y en la esquizofrenia.

## INCORPORACIÓN

El cuerpo humano al no limitarse a sus dimensiones físicas, al extenderse a todo lo que él configura como suyo, llega mucho más lejos de su envoltura cutánea. Por eso el vestido y los adornos forman parte del cuerpo, se han incorporado<sup>615</sup> y así son manifestación del propio individuo. Incluso los neandertales utilizaban pigmentos para maquillarse<sup>616</sup>.

El cuerpo como sujeto desborda al cuerpo como objeto, al que constantemente anexiona objetos que no le pertenecen. Unas veces, como es el caso del vestido, por distintas cuestiones, entre ellas la identidad personal, de grupo, de status. Otras por razones de actividad como el bastón de un cojo, la bicicleta de un ciclista, el pincel del pintor, o el coche con el que nos desplazamos. Cuando conducimos un coche nuestra experiencia corporal alcanza la rueda con la que queremos evitar un bache o aparcar cerca del bordillo. En muchos de estos casos se trata de sinestias en las que la percepción visual del objeto incorporado "proyecta" en el espacio extracorpóreo las sensaciones táctiles (a la punta del destornillador que está siendo utilizado, por ejemplo) o se produce una particular "diploía mental" como cuando al afeitarse frente a un espejo la cuchilla se percibe a la vez en la propia cara y en la imagen del espejo<sup>160</sup>.

En el experimento de Lackner<sup>617</sup> el sujeto ha de sentarse con el brazo doblado hacia el hombro tocándose la punta de su nariz. Entonces, si se estimula el tendón del bíceps con un objeto que vibre, un cierto número de sujetos sienten que su brazo se estira y que su nariz se ha alargado.

Todo esto se debe a que el cerebro tiene una gran capacidad para incorporar instrumentos y convertirlos en extensiones de la propia imagen corporal y para poder hacerlo recluta nuevas estructuras cerebrales para llevar a cabo la acción. Así, Ramachandran<sup>618</sup> pudo poner de manifiesto como cuando un primate va a ejecutar una acción, por ejemplo coger un plátano, se activan áreas visuales y áreas específicas relacionadas el movimiento de la mano y la percepción del espacio, mientras que cuando se sirve de un palo o cualquier otro objeto para alcanzar la fruta, la activación cerebral es más extensa e incluye áreas relacionadas con el espacio perindividual.

En el apartado sobre el miembro fantasma referimos como las áreas corticales involucradas en el esquema corporal no están fijadas de por vida y como sensaciones táctiles e incluso térmicas del miembro ausente se desplazan hasta un par de centímetros del punto que les correspondería del homúnculo de Penfield y Rasmussen<sup>190-199, 202, 203</sup>.

## Sinestias e imagen corporal

La gran plasticidad de la imagen corporal<sup>22, 160, 161, 208</sup> desborda la modalidad perceptiva involucrada y una serie de experimentos permiten la manipulación de lo percibido. En todos ellos se trata de la generación de sensaciones táctiles con estímulos visuales.

Ramachandran<sup>161</sup> y Hirstein y Ramachandran<sup>619</sup> han descrito la ilusión de la "nariz fantasma". Para ello se sienta a un individuo en un sillón en el que no pueda ver nada a los lados, el experimentador se sienta enfrente y con la mano izquierda le coge el dedo índice de la mano izquierda y hace que toque la nariz del experimentador de manera repetida y en una secuencia aleatoria y al mismo tiempo el experimentador toca de la misma manera la nariz del sujeto. Al cabo de un cierto tiempo el sujeto nota como si su nariz estuviese dislocada o alargada.

En el miembro fantasma puede lograrse algo parecido. Por ejemplo, con un espejo colocado en el plano sagital entre ambos brazos que permita que la imagen del antebrazo presente sano se vea superpuesta al miembro ausente. De esta manera, los movimientos de la imagen reflejada del sano se perciben como movimientos del antebrazo fantasma. La percepción sinestésica suple de esta manera a la percepción del miembro fantasma<sup>160</sup>.

Ramachandran y cols<sup>620</sup>, consiguieron hacer desaparecer las molestias de una mano fantasma que consistían en dolores intensos producidos por la sensación de que los dedos fantasma se clavaban en su palma. Para ello utilizaron una caja con un espejo vertical en la que el sujeto introducía su mano sana que se reflejaba simétricamente de tal manera que aparecía ante los ojos del enfermo como si fuera su mano amputada. Entonces pidieron al sujeto que hiciera movimientos de abrir y cerrar la mano sana, movimientos que el sujeto también percibía en su reflejo. Al cabo de unas pocas repeticiones en el curso de dos semanas la sensación dolorosa de la uñas clavadas en la palma desapareció.

Botvinick y Cohen publicaron en 1998 un curiosísimo experimento al que dieron el nombre de **ilusión de la mano de goma**<sup>621</sup>. Para ello se disponía una mano de goma de las que se pueden adquirir en comercios de artículos de broma y disfraces sobre la mesa junto a una de las manos del sujeto, y ambas se rascaban simultáneamente con un pincel o con el dedo. Al cabo de unos minutos se oculta de la vista la mano verdadera y se continuaba estimulando la de goma. Un número muy elevado de sujetos decían seguir notando el pincel o el dedo pasando sobre la mano de goma. Muchas veces no hace falta ni ésta ya que se puede rascar de la misma manera la superficie de la mesa.

En la experiencia de la mano de goma la temperatura en la mano desposeída desciende y el cerebro responde con más lentitud a los estímulos sobre ella<sup>622</sup>.

Se han propuesto algunas modificaciones a esta ilusión, como la utilización de un espejo. Se produce una activación de la corteza parietal posterior y de la encrucijada temporoparietal, que aumenta la percepción del espacio peripersonal y aumenta la sensibilidad táctil (mayor saliencia). La sensación de incorporación es mayor cuando se amenaza a la mano de goma con darle un golpe, un pinchazo o un corte y en estos casos aumenta la conductancia cutánea<sup>623</sup>. La "resurrección" del miembro fantasma con espejo y lentes contrae

el miembro fantasma y el dolor asociado<sup>624</sup>. El *feedback* visual puede restaurar la función alterada<sup>213</sup>.

Desde hace tiempo se sabe que las prótesis de miembros son más eficaces cuando ha existido un miembro fantasma con anterioridad. De todo ello ha surgido el interés por ver si el fenómeno de la mano fantasma podría aplicarse a las prótesis de tal manera que su "incorporación" abarcara estímulos táctiles y no sólo propioceptivos<sup>625</sup>.

El fenómeno de la incorporación permite explicar los miembros fantasma sin amputación<sup>626</sup>, los que se presentan en aplasias de un miembro o amielias congénitas o los que aparecen en los ensueños y que pueda inducirse una "mano fantasma" en amputados.

La hipótesis que subyace a este fenómeno es que las sensaciones se producen porque se activan en áreas diferentes, estos datos son consistentes con los resultados obtenidos con magnetoencefalografía (MEG) en los que se observan cambios en la localización de las áreas sensitivas, especialmente cuando existen sensaciones anómalas. Más que un cambio en el mapa lo que se produciría es un cambio de ruta en los circuitos cerebrales implicados, lo que hace suponer que existen cambios estables o perdurables en el procesamiento de señales sensoriales en el cerebro adulto<sup>604, 620, 627, 628</sup>.

## ESQUEMA CORPORAL E INTENCIONALIDAD

Oppenheim<sup>629</sup> fue el primero en llamar la atención sobre el hecho de que cuando se producen dos estímulos simultáneos en dos partes simétricas del cuerpo, una de las sensaciones se extingue a la vez que prevalece la otra. Algo parecido sucede en los miembros fantasma, en los que un estímulo sobre la zona del miembro sano correspondiente al punto simétrico de aquel en el que la sensación del miembro fantasma es más viva, basta para borrar la sensación fantasma<sup>630</sup>. El fenómeno no se limita a la sensación táctil ya que Head y Holmes<sup>495</sup> y Riddoch<sup>578</sup> describieron como una doble excitación luminosa puede no ser percibida más que en un hemicampo visual, cuando el aparato óptico está lesionado de un solo lado, pero la lesión no es suficientemente intensa para provocar, por sí sola, una hemianopsia. En determinadas lesiones parieto-occipitales esta **hemianopsia relativa** o de **situación** es capaz de provocar una extinción de las sensaciones táctiles hemilaterales. Una enferma nuestra, tras una leucotomía por un trastorno obsesivo grave despertó de la anestesia con una parálisis total del músculo recto externo del ojo derecho, que desapareció espontáneamente en pocas semanas. Lo curioso es que la parálisis no se acompañaba de diplopía. La enferma sabía de su defecto de la motilidad del ojo, ya que se lo había observado claramente en el espejo, y preguntaba que por qué su ojo derecho no podía mirar hacia la derecha y si las personas con ese defecto "tenían" que ver doble.

En estos casos no se trata de una simple falta de concentración ya que el enfermo no presta atención a la sensa-

ción extinguida u oscurecida porque no puede. Un enfermo de Critchley decía: "*La sensación más fuerte distrae de mí la facultad de poder experimentar una segunda. Me parece que no puedo prestar atención a mi lado izquierdo cuando el derecho se halla excitado*"<sup>524</sup>.

Esto ocurre también en circunstancias normales. No se pueden oír simultáneamente dos estímulos sonoros iguales por ambos oídos. La experiencia con la escucha dicótica en la cual se hacen llegar a través de unos auriculares mensajes distintos a uno u otro oído se comprueba el mismo fenómeno. La audición de un estímulo interfiere con la del contralateral y se recuerda peor<sup>631, 632</sup>. El sujeto oye distintamente uno u otro de los dos.

La consecuencia de estas observaciones es que la senso-percepción es una función que tiene los caracteres de toda función psíquica, su intencionalidad<sup>633</sup> y el hecho de ser puntal.

La intencionalidad supone una tensión entre un centro activo y la periferia. Cuando miramos un objeto estamos en cierta medida, en el objeto mismo. El interés con que lo hagamos depende de nosotros y de nuestra intención. Interés es precisamente eso, estar-entre (del latín *inter-esse*).

Sensación y movimiento forman una unidad en torno a la cual se conforma el **círculo de la forma** (*Gestaltkreis*) de von Weizsäcker<sup>209</sup> y por lo tanto agnosias y apraxias van de la mano. Así, la percepción corporal se halla ligada a la motilidad real o virtual que tiene también un carácter intencional. En situación de reposo absoluto sólo se perciben aquellas partes involucradas en la actividad psíquica, aquellas en las que el sujeto está interesado, o aquellas otras partes en actividad que contactan con el mundo exterior. Si en lugar de estar el cuerpo en reposo está en movimiento, la vivencia del mismo se ubica en la parte del cuerpo más comprometida intencionalmente. Al hablar andando la experiencia está en el hablar.

Ya hemos mencionado como cuando, al tratar de percibir con los ojos cerrados la mano apoyada sobre la mesa, lo que se perciben son los puntos de apoyo de la misma sobre el plano. Si a continuación se coloca un libro sobre el dorso de la misma, la sensación se traslada a los puntos en que se apoya el libro. En el primer caso lo que se percibe es la mesa, en el segundo, el libro, pero en ambos lo que no se percibe es la mano. Salvo en los casos de enfermedad o en circunstancias anormales es irrelevante percibir el propio cuerpo, lo que **interesa** es percibir los objetos, cambiantes, del mundo y no nuestro propio cuerpo en él.

## QUINTA PARTE: LA VIVENCIA CORPORAL

Hasta ahora hemos revisado con cierta profundidad y criticado con cierta severidad los dos conceptos clave para desentrañar lo que se refiere al cuerpo, en tanto constituyente de la naturaleza humana, el dualismo y la percepción del cuerpo propio, en especial en la enfermedad. Así, hemos intentado demostrar como las perspectivas dualistas son un

conjunto de metáforas para explicar la naturaleza del mal y así instaurar unos principios morales para aleccionar y regir el comportamiento individual. Sin embargo, el dualismo y gran parte de los monismos propuestos como alternativa, no dejan de ser un espejismo que no se desvanece negando uno de sus componentes para caer en un espiritualismo como el del Segismundo de Calderón o en un reduccionismo como el de Crick ya que ni somos un sueño ni sólo un paquete de neuronas, o, por ser más precisos, carecemos de argumentos para defender ambas tesis.

Por otra parte, la larga lista de reflexiones sobre un posible sexto sentido, una cinestesia, una propiocepción o una cenestesia, y la propuesta de esquemas corporales en sus diversas formas llevan una y otra vez a considerar un cuerpo percibido y un sujeto que percibe, a pesar de que el cuerpo propio no es un objeto más del mundo percibido y de que la relación del sujeto que percibe con su cuerpo es especial porque sólo puede conocer dichos objetos con su propio cuerpo, mediante el cuerpo que es.

En algún momento de lo expuesto hasta ahora nos hemos topado con la sensación que hay algo "más allá", de las agnosias, más "central" que las apraxias en lo que es la experiencia del cuerpo propio, o, mejor dicho, de la experiencia que cada uno tiene de sí como ser humano de carne y hueso. Esta nueva perspectiva tiene una gran trascendencia clínica. De la misma manera que más arriba analizamos las discrepancias y confrontaciones entre el cuerpo como objeto y el cuerpo como sujeto, desde esta nueva perspectiva podemos afrontar las discrepancias entre cuerpo e identidad, en una serie de casos en lo que lo nuclear es la falta de identificación con el propio cuerpo. Esto es lo que sucede en la persona trans-sexual que no se identifica con su sexo anatómico, ni quiere que este se imponga ni condicione sus relaciones con los demás, y que solicita cirugía y tratamientos hormonales para poder llegar a identificarse y ser identificado con su cuerpo.

Llegados a este punto hemos de distinguir entre:

1. **La percepción corporal** que se conforma en torno a las funciones sensorio-perceptivas, que se integra en el esquema y la imagen corporales y cuyas alteraciones son las disgnosias en sentido amplio, que afectan a las dimensiones del cuerpo, a sus características sensoriales y a su integración en el espacio.
2. **La vivencia corporal**<sup>121, 634</sup>, es decir, los aspectos personales del cuerpo como es la propia identidad y sus dimensiones sociales, las cuales tiene una gran trascendencia filosófica, neurocientífica y clínica. Sus alteraciones afectan a los aspectos personales del cuerpo, es decir a la identidad y a su dimensión social. Entre ellas se encuentran algunos trastornos disociativos o de conversión, en especial los que afectan a la motilidad y a las anestias y pérdidas sensoriales (la histeria), los trastornos somatomorfos (la hipocondría, el trastorno dismórfico corporal, los vértigos llamados psicógenos o timopáticos de López Ibor<sup>121, 634</sup>), la anorexia nerviosa, algunos trastornos de la identidad

(apotemnofilia), en especial de la sexual (el transvestismo no fetichista, el trans-sexualismo, incluyendo el no homosexual varón-mujer) y en la elaboración psicológica de síntomas somáticos (síndrome de Munchausen o Münchhausen). También se incluyen aquí las alteraciones presentes en enfermedades mentales como la esquizofrenia o la depresión, la neurastenia, el trastorno de despersonalización-desrealización y otras generales en la clínica como el dolor. Hasta ahora estos trastornos no se han considerado como grupo. Por ejemplo en la CIE-10<sup>122</sup>, sólo se mencionan problemas de identidad en los trastornos de la identidad sexual, de pasada en los trastornos disociativos y como trastornos a incluir, el trastorno de identidad, dentro de otros trastornos emocionales de la infancia. El DSM-IV<sup>123</sup> incluye además alteración de la identidad como un criterio del trastorno límite de la personalidad.

## ¿QUÉ ES UNA VIVENCIA?

Vivencia es la traducción del alemán *Erlebnis* vocablo que deriva del verbo *erleben*, y este a su vez de *Leben* 'vida'. *Erleben* es 'estar aún vivo cuando algo acontece algo', es decir, lo que se aprehende de un modo inmediato, como contrapuesto a aquello que sabe, o se cree que sabe, sin tener de ello una propia experiencia, porque ha sido referido por otras personas, se conoce por oídas, o ha sido inferido, por supuesto o imaginado. Schiller y Goethe utilizaron *erleben* con este sentido<sup>635</sup>. Se cree que la palabra *Erlebnis* 'vivencia', fue utilizada por Hegel en una carta en la que se refería a un viaje como "*meine Ganze Erlebnis*"<sup>636</sup> mi experiencia total y viene a significar aquello que es aprehendido de un modo inmediato y permanece. Por su parte, el sustantivo *das Erlebnis* 'lo vivido' es lo aprehendido que se hace permanente, frente a lo que serían las experiencias fugaces.

García Morente ha traído a colación un ejemplo de Bergson<sup>637</sup>:

*Una persona puede estudiar minuciosamente el plano de París; estudiarlo muy bien; anotar uno por uno los diferentes nombres de las calles; estudiar sus direcciones; luego puede estudiar los monumentos que hay en cada calle; puede estudiar los planos de esos monumentos; puede repasar las series de las fotografías del Museo del Louvre, una por una. Después de haber estudiado el plano y los monumentos, puede este hombre procurarse una visión de las perspectivas de París, mediante una serie de fotografías tomadas de múltiples puntos de vista. Puede llegar de esa manera a tener una idea regularmente clara, muy clara, clarísima, detalladísima de París (...) Esta idea podrá ir perfeccionándose cada vez más, conforme los estudios de este hombre sean cada vez más minuciosos; pero siempre será una mera idea. En cambio, veinte minutos de paseo a pie por París, son una vivencia.*

*Entre veinte minutos de paseo a pie por una calle de París y la más larga y minuciosa colección de fotografías,*

*hay un abismo. La una es una mera idea, una representación, un concepto, una elaboración intelectual; mientras que la otra es ponerse uno realmente en presencia del objeto, esto es: vivirlo, vivir con él; tenerlo propia y realmente en la vida; no el concepto que lo sustituya; no la fotografía que lo sustituya; no el plano, no el esquema que lo sustituya, sino él mismo. Pues, lo que nosotros vamos a hacer es vivir la filosofía. Para vivirla es indispensable entrar en ella como se entra en una selva; entrar en ella a explorarla.*

En consecuencia, la palabra *Erlebnis* reúne dos significados, la aprehensión directa y la permanencia. Por eso a lo largo del siglo XIX *Erlebnis* fue haciéndose popular en la literatura biográfica, en la creación artística, en especial en la poesía<sup>638</sup>, y sobre todo como un vocablo clave en la oposición al racionalismo frío, para el cual, desde Rousseau, el concepto clave era la vida (*Leben*) y por lo tanto lo vivenciado (*das Erlebtes*). Vivencia es pues, un concepto querido por Fichte, Hegel, Husserl, Dilthey, Scheler, Jaspers, Heidegger, García Morente y Ortega y Gasset, en su intento de superar la abstracción del entendimiento propia del racionalismo y la particularidad de la sensación mecanicista y considerar a la vivencia como fundamento último del conocimiento. De hecho, para el neo-kantismo *Erlebnis* es el concepto nuclear de la conciencia.

La vivencia es pues experiencia vital (*Lebenserfahrung*), algo vivo, que perdura, porque se constituye en la conexión de los estados anímicos del hombre, que no se pueden reducir a su mera conexión racional. Porque vivir no es una actividad sólo contemplativa, sino un acontecimiento; el hombre no es *res cogitans*, no es mera razón, sino *res dramatica*.

Para Dilthey el concepto de vivencia abarca la naturaleza especial de lo dado en las ciencias humanas. Partiendo de la formulación de Descartes de la *res cogitans*, define el concepto de la experiencia como reflexión, interiorización, y basándose en esta forma especial de ser dado, intenta construir una justificación epistemológica para el conocimiento del mundo histórico. El dato primario, al que retrocede la interpretación de los hechos históricos, no son datos experimentales susceptibles de ser medidos, sino las estructuras del significado que se encuentran en las ciencias humanas. Éstas, por más extrañas e incomprensibles que nos puedan parecer, pueden ser rastreadas hasta las unidades finales que se dan en la conciencia, unidades que por sí mismas no contienen ya nada extraño, objetivo o que necesite ser interpretado. Estas unidades vivenciales son de por sí unidades de significado<sup>639</sup>, que es algo que posteriormente desarrolló Husserl<sup>30</sup>, para el cual la unidad de la vivencia no se entiende como una pieza del presente flujo de la experiencia del "yo" sino como una relación intencional.

Vivenciar es convertir el hecho en sí en dato histórico y personal (López Ibor)<sup>640</sup>. Vivencia es pues una experiencia vivida, que deja una huella permanente que influye en el carácter y que contribuye a formar la personalidad del sujeto.

Es una experiencia significativa en la vida de una persona.

*Erlebnis* se ha traducido por vivencia, neologismo que según García Morente fue introducido en el vocabulario español por colaboradores de la Revista de Occidente<sup>637</sup>, aunque algunos autores habían atribuido la traducción al propio filósofo o a Ortega y Gasset<sup>641</sup>, para el que "*Vivencia es aquel género de relación inmediata en que entra o puede entrar el sujeto con ciertas objetividades*". La palabra no existe en otros idiomas. En francés suele utilizarse *expérience vecuë*, en inglés por *lived experience* o simplemente *experience* y en italiano, lo mismo, *esperienza*.

## DIMENSIONES DE LA VIVENCIA CORPORAL

De acuerdo con Stanghellini<sup>642</sup> la fenomenología concibe al cuerpo propio como estructurado alrededor de tres dimensiones de la experiencia, las cuales matizaremos y completaremos con otros aspectos que tienen relevancia en la clínica de algunas enfermedades, en especial de las mentales. Dichas tres dimensiones son:

1. La experiencia de mí mismo.
2. La experiencia objetiva y dotada de sentido.
3. La experiencia de otras personas: la intersubjetividad.

### La experiencia de mí mismo

La experiencia de mí mismo es la mínima conciencia de mí mismo que, más allá de otras consideraciones fenomenológicas, está anclada en la experiencia del propio cuerpo y de su situación entre el resto de las personas y de los objetos del mundo<sup>77</sup>. Se trata de la experiencia de habitar el mundo propio, de ser-ahí a través del cuerpo propio, que se manifiesta de maneras diferentes. En palabras de la mística Hildegarda de Bingen:

*"Y así fue creado el hombre desde el principio: tanto por arriba como por abajo, tanto por fuera como por dentro existe en todas partes como cuerpo (corpus ubique est)... y esta es la esencia del hombre (et hoc modo est homo)"*<sup>643, 644</sup>.

El ser humano tiene una experiencia de sí mismo como ser consciente, dotado de una identidad, una idiosincrasia y que es el sujeto de su comportamiento en el más amplio sentido de la palabra. Además, la individualidad de la existencia está inexorablemente vinculada a un cuerpo:

*Un ser sólo podrá aparecerse a sí mismo como personalidad si se aparece como enlazado a un cuerpo que, aun pudiendo considerarse por él como dotado de una prioridad absoluta con respecto a todo otro objeto, no pueda empero ser tratado por él como no siendo más que simple instrumento*<sup>5</sup>.

### El ser consciente

El cuerpo humano es un concepto nuclear en la fenomenología. Para Husserl el cuerpo es esencial para el "*nivel originario de la experiencia*", que se establece "*a través del cuerpo y sus sentidos*"<sup>645</sup>. Más aún, "*sólo por su relación empírica con el cuerpo se convierte la conciencia en humana o animal, y sólo por este medio ocupa un lugar en el espacio y en el tiempo de la naturaleza*"<sup>646</sup>. Estas referencias fragmentarias tuvieron gran influencia entre otros, en Merleau-Ponty ("*el espíritu se de únicamente a través del cuerpo*"<sup>77</sup>), Sartre<sup>74</sup>, Marcel<sup>647</sup>, Ortega y Gasset y Zubiri (el cuerpo es "*la vivenciación del hacer, sentir, pensar y querer*"<sup>16</sup>). En el mismo sentido Lévinas llega a decir a este respecto:

*"La libertad del Yo es inseparable de su materialidad... Este carácter definitivo del existente, que constituye (a su vez) lo trágico de la soledad, es la materialidad"*<sup>648</sup>.

### Cuerpo, personalidad e identidad

Las aportaciones de la fenomenología tienen antecedentes en la psiquiatría y en el psicoanálisis. Para Janet<sup>424</sup> lo que antes se consideraba alma es la personalidad y, de acuerdo con Ribot<sup>430</sup>, la personalidad no se encuentra en el alma, se encuentra en el cuerpo. En consecuencia no es posible avanzar en el estudio de la personalidad sin haber previamente comprendido ese carácter de tener un cuerpo, un cuerpo distinto de los demás:

*Je sens, je pense en dedans de moi, je suis moi-même sensation d'odeur de rose, comme disait Condillac*<sup>424</sup>.

Por otra parte el estudio de los orígenes del yo llevó a Freud<sup>649</sup> a la conclusión que el yo es una diferenciación del ello debida al contacto del organismo con el mundo externo. El yo surge del encuentro de las pulsiones que conforman el ello con la realidad exterior y en el "Yo y el Ello" escribe<sup>649</sup>:

*El cuerpo propio de una persona y sobre todo su superficie, es un lugar del que pueden surgir tanto percepciones externas como internas. Es visto como cualquier otro objeto, pero el tacto proporciona dos tipos de sensaciones, uno de los cuales puede ser equivalente a una percepción interna. La psicofisiología ha discutido ampliamente sobre la forma en que el propio cuerpo de una persona adquiere una posición especial entre los demás objetos del mundo de la percepción. También el dolor parece jugar un papel importante en el proceso, y la forma en la que alcanzamos conocimientos nuevos sobre nuestros órganos en el curso enfermedades dolorosas podría ser a lo mejor un modelo del camino por el cual en general llegamos a la idea de nuestro cuerpo. El ego es primero y principalmente un ego corporal; no es simplemente una entidad superficial, es en sí misma la proyección de una superficie.*

El sentido del yo en el psicoanálisis se corresponde con el concepto clínico y neurocientífico de imagen corporal,



es decir, con la percepción constante del ego a sí mismo y al sentimiento de su continuidad en el tiempo, espacio y causalidad<sup>650</sup>. En la misma línea Shont<sup>507</sup> afirma que imagen corporal y Ego son términos prácticamente sinónimos y para Fisher y Cleveland<sup>651</sup>, entre otros, las ideas expuestas por Freud<sup>652</sup> son la descripción fiel de la imagen corporal y de su desarrollo. Es importante señalar que el desarrollo del yo está asociado con el narcisismo primario.

No se puede investigar el cuerpo humano sin entender que a la vez es una persona. El cuerpo es lo que permite realizar la acción y completarse como persona: la integración de la persona en la acción, pasa a través del cuerpo, se expresa en él, y manifiesta la vez el sentido profundo de la integridad del hombre como persona.

La persona no es sólo "humanidad individualizada" es también un modo de ser individual de la humanidad, ese modo de ser es la experiencia personal. La humanidad, la naturaleza humana, posee las propiedades que posibilitan que el hombre en concreto sea persona: exista y actúe como persona<sup>653</sup>. Marcel se ha referido a la identidad personal vinculada al cuerpo como: *esa especie de invasión irresistible de mi cuerpo sobre mí mismo que es el fundamento de mi condición de hombre y de criatura*. Por eso Merleau-Ponty<sup>654</sup> se refirió al **cuerpo propio** y lo que expresó Marías<sup>12</sup> como que *"yo soy alguien corporal, no algo, sino alguien corporal"*.

Postular un cuerpo psicológico entre la subjetividad y la corporalidad orgánica no resuelve nada. El cuerpo sujeto, el cuerpo propio en cuanto mediador entre la conciencia de sí mismo y el mundo, en tanto que goza de una prioridad absoluta, no es una cosa, tampoco una "cosa psicológica", *"no es un objeto, sino la condición absoluta para que pueda dársele un objeto cualquiera"*, *"un cierto modo de darse a sí mismo sin poderse tratar absolutamente como objeto"*<sup>5</sup>. En este sentido Marcel sostiene al final del Diario que mi cuerpo trasciende toda objetivación y el acto por el que se aprehende como mío no es una representación sino que, en virtud de su situación privilegiada, ha de considerarse como no un objeto sino como la posibilidad de toda objetivación. Por eso afirma *"yo siento mi cuerpo"*<sup>464</sup> frente a aquellas afirmaciones que expresan inadecuadamente la unidad indivisible entre alma y cuerpo<sup>464</sup> o, mejor dicho, que recogen mal la encarnación del yo que Marcel pretende señalar con *"yo soy mi cuerpo"*.

La vivencia corporal se extingue con la vida, pero la identidad de cuerpo permanece, aunque sólo sea desde el punto de vista forense, de un modo prácticamente indefinido.

### Subjetividad

La cuestión de la subjetividad es una piedra angular de la filosofía de Husserl<sup>655</sup>, que se refiere al "enigma de la subjetividad" como algo desconocido en tiempos pasados y que surge ante la crisis de las ciencias europeas. También López

Ibor se ha referido a este aspecto analizando el descubrimiento de la intimidad<sup>656</sup> y Ellenberger el descubrimiento del inconsciente<sup>657</sup>. De una u otra manera, desde perspectivas diferentes los tres coinciden en que la modernidad ha transformado profundamente la visión que el ser humano tiene de sí mismo y del mundo. La doctrina medieval de una naturaleza creada y dirigida por Dios es sustituida por el humanismo, en el que el ser humano es la medida de todas las cosas. El modernismo lleva a un pesimismo, el que engarza el pensamiento de Schopenhauer y Nietzsche, el que añora nuevos tiempos y un superhombre, que rezuma en la creación filosófica y literaria de todo el siglo XX.

Husserl plantea que la subjetividad es el problema nuclear del conocimiento y la subjetividad sólo existe en tanto esta encarnada, porque el hombre es a la vez objeto entre objetos y sujeto del abanico de posibilidades que permite su libertad<sup>658</sup>.

Basaglia<sup>659</sup> por su parte considera que el enigma de la subjetividad subyace en el estudio de las relaciones entre el yo y su cuerpo, y que este estudio es el núcleo de toda investigación psicopatológica, en la bipolaridad ambigua sujeto-objeto. Añade, siguiendo a Merleau-Ponty<sup>660</sup> y a Sartre<sup>74</sup>, que sólo hay dos posibilidades de realización de sí mismo: 1), la **alteridad** de la propia facticidad y de la de los demás, en otras palabras, de la contingencia de la existencia individual, en virtud del cual se establece un intervalo entre mi yo y mi cuerpo y mi cuerpo y el cuerpo de los otros y 2) la **alienidad**, que es la pérdida de ese intervalo en la cual mi yo es invadido por mi cuerpo y mi cuerpo es invadido por el cuerpo de los otros. La alienidad es la renuncia a la facticidad propia, y no una elección. Es curioso comprobar cómo en estas líneas Basaglia defiende una postura opuesta a la de las corrientes antipsiquiátricas a las que suele considerársele adscrito, y considera que la alienidad, la condición de la alienación, como una posibilidad no elegida por el sujeto.

Para explicar el intervalo perdido en la alienidad, Basaglia se apoya en textos de Straus<sup>263</sup> sobre la postura humana y el cuerpo fungiente. La postura erecta permite una mirada nueva, en la cual de pronto el sujeto "recupera el aliento" al alejar su rostro de la inmediatez del mundo y adquiere la capacidad de reflexionar sobre su cuerpo y sobre el mundo. Se trata de esa capacidad a la que Guardini se refirió y que recogemos más abajo. Sin embargo, este acto de reflexión sólo es posible, según Sartre, gracias a la mirada del otro, que por un lado me hace sentir mi objetividad y por otro la subjetividad del otro. A partir de ahí Basaglia considera que el intervalo es fundamental para salvaguardar mi intimidad y hace necesario un silencio en tanto que modalidad existencial para comprender y ser comprendido. Se establece así una doble relación con el otro, la mirada objetivante y el silencio juzgador, que es lo que permite captar el sentido de la relación con el otro. El intervalo debe ser considerado como el espacio necesario ente dos cuerpos para salvaguardar cada uno su propia identidad frente al otro y si este intervalo falta, uno de los polos será dominado por el otro. En el caso o extremo, uno de los dos queda objetivado,

reificado, cosificado<sup>661</sup> y la relación se vuelve crematística en el sentido que Dörr y Tellenbach dieron a esta palabra<sup>662, 663</sup>.

En los últimos decenios, el cuerpo humano se ha revalorizado y el propio de cada uno aparece de un modo más puro en la vida cotidiana. En este movimiento ha influido de una manera fundamental el hecho de que el ser humano ha llegado a darse cuenta, o a presentir por lo menos, que su propio cuerpo es algo más que un objeto del mundo. Por ejemplo, la mujer musulmana esconde su rostro tras un velo, un hiyaab o un burka, que no dejan descubiertos más que los ojos o incluso ni eso; la religiosa cubre su figura con telas pobres, el soldado ha de renunciar a los rasgos individuales de su aspecto bajo su uniforme. Sin embargo, ninguna de estas medidas es suficiente. La religiosa para mantener su cuerpo oculto a los demás, ha de permanecer en clausura, igual que la mujer musulmana ha de aceptar una clausura semejante. "El hábito no hace al monje", sino todo lo contrario.

El cuerpo no es una cosa más, un objeto entre los objetos, sino subjetividad encarnada. El que yo sea mi cuerpo, o que mi cuerpo sea yo ha sido considerado desde posturas diferentes. La actitud más radical frente a la existencia de un ego trascendental tal y como fue asumida por Descartes y por Kant la representa Wittgenstein, que escribe: "no hay nada que sea un sujeto que piensa o cultiva ideas"<sup>664</sup>. Para Wittgenstein no hay tal cosa como el yo, pues en su uso relevante "yo" no tiene referente. El pensamiento "tiene lugar, pero no se hace"<sup>665</sup> de lo cual no se puede deducir "ergo sum" sino simplemente que "hay pensamientos". Desde el punto de vista neuropsicológico esto vendría a significar que hay pensamientos que surgen en un organismo de acuerdo con leyes y funciones psicobiológicas, pero que no hay un sujeto que los cree, controle o dirija.

Para Tomás de Aquino el alma puede subsistir a la corrupción del cuerpo, pero incluso en ese caso *anima mea non sum ego*<sup>666</sup>.

*¿Cuál es la relación entre mí - pregunta Marcel - y el aparato del que me sirvo - mi cuerpo? Es evidente - responde - que no me limito a servirme de mi cuerpo; hay un sentido en que yo soy mi cuerpo, sea lo que fuere lo que esto pueda significar en otro sentido*<sup>667</sup>.

En palabras de Sartre<sup>74</sup>:

*No hay fenómenos psíquicos que hayan de unirse a un cuerpo; no hay nada detrás del cuerpo, sino que el cuerpo es íntegramente psíquico.*

A la postre, la encarnación, que es un proceso y no un estado y menos aún un estadio final no puede entenderse en términos de un objeto de la sensación interna, ni mucho menos de un objeto psicológico. El cuerpo propio no lo es a título de ser sentido sino de ser sentiente<sup>668</sup>.

La llamativa y enriquecedora la concordancia entre la tradición filosófica representada por Pascal y la neurociencia

<sup>148, 669, 670</sup> a la que nos hemos referido más arriba tiene una gran importancia en lo que se refiere a la subjetividad. De la misma manera que no podemos decir que tenemos un cuerpo sino que somos nuestro cuerpo, hay que afirmar que no tenemos emociones sino que somos nuestras emociones, de lo que deduce Heinze que la noción de persona es una abstracción hecha a partir de nuestra naturaleza emocional y corporal<sup>671</sup> o, más acertadamente con Rosfort y Stangellini<sup>672</sup> que nuestra relación con las emociones que surgen desde nuestro núcleo afectivo es de la misma naturaleza que la que tenemos con lo que somos, es decir, con nuestra situación y trasfondo sociales, con nuestra constitución física, con nuestra relación con los otros y con la estima de nosotros mismos. Para éstos últimos el hecho de ser persona no es una ilusión como plantean Heinze y otros desde una perspectiva filosófica<sup>673</sup> o neurocientífica<sup>674</sup> sino un "particular básico" en el sentido de Strawson<sup>675</sup> ya que ni el cuerpo ni las emociones pueden entenderse sin la noción de personalidad en su sentido más amplio, el del inglés *personhood*, es decir, de la cualidad que nos hace tener la condición, el valor y la dignidad de persona, que es la base de nuestra individualidad. Esto hace que tanto el cuerpo humano como nuestras emociones sean diferentes de las del resto de los animales, porque el primero en sus movimientos revela una intencionalidad y las segundas tienen una riqueza que no pueden comprenderse sino como referencia a una persona. Rosfort y Stangellini se refieren a la frágil dialéctica entre ser (en alemán *Sein*) y parecer ser (en alemán *Schein*), a la que se han referido pensadores desde Rousseau<sup>676</sup>, fragilidad que se hace evidente en los psicópatas necesitados de estimación de Kurt Schneider<sup>677</sup>, cuya característica es la filotimia<sup>121</sup>, es decir, el querer parecer más de lo que son, lo cual es el rasgo fundamental de lo histérico según Jaspers.

### *El cuerpo vivo y vivido*

Se trata de la experiencia de un cuerpo animado o, si se prefiere, un alma encarnada. Para Zutt el *cuerpo vivido* es un fenómeno ontológico y ontogenéticamente originario y por ende previo a cualquier reflexión<sup>615</sup>. Esta línea de pensamiento lleva a considerar que el yo se vivencia a sí mismo como encarnado: *yo soy un yo encarnado, yo soy mi cuerpo* (Marcel)<sup>654</sup>.

Zutt subraya que el fenómeno original es el del cuerpo vivido (*Leib*) y no el del cuerpo anatómico (*Körper*)<sup>615</sup>:

*Para captar lo que es el fenómeno de la corporalidad viviente ("Leib") no hacen falta operaciones complicadas del pensamiento. Basta con la observación de lo cotidiano. Por ejemplo yo soy el que está aquí escribiendo y mi amigo es el que entra por la puerta. Lo que veo entrar no son manifestaciones somáticas, sino que es mi amigo. Cuerpo y alma son por el contrario, el resultado de abstracciones que no son posibles de captar..., el alma inmaterial no tiene ningún sitio en lo material y, por tanto no puede entrar. El cuerpo, ocupa un sitio en el espacio como cualquier otro fragmento de materia, es visible pero no se me presenta*

*como mi amigo que entra. Entrar es una manifestación de la corporalidad.*

## Cuerpo y mundo

La vivencia corporal no es sólo un concepto o imagen que una persona tiene de sí mismo, es también un modo de relación con el mundo, por ejemplo la persona que padece una depresión mantiene una postura con hombros encogidos, brazos caídos a los lados, pasos lentos y cortos, que indican una sensación de abatimiento frente al mundo que le rodea. Desde esta perspectiva las vivencias no pueden ser consideradas como secuencias o integración de sensaciones, recuerdos, pensamientos, ideas, que tiene lugar en la mente, sino que son algo más complejo y están dirigidas a la integración del yo en el mundo, cualquier experiencia del hombre es siempre una experiencia en el mundo; al experimentar el hombre siempre está en el mundo, dirigido a él<sup>263</sup>. El mundo está en constante cambio y en consecuencia también el cuerpo. Por eso García Bacca<sup>678</sup> ha podido distinguir entre el hombre como tema, o sea, el cuerpo como algo definido, estable y permanente y el hombre como problema, es decir, el cuerpo como evolución, dinamismo y progreso. Nacemos con un cuerpo que, a través de la acción, del movimiento se adapta, transforma y conforma como cuerpo humano, vivido y mundanal. Para Husserl el cuerpo es el vínculo de inserción en el mundo pues:

*Debemos recordar que sólo a través de la experiencia de un vínculo entre la conciencia y el cuerpo vivido hacia una unidad natural empírico-intuitiva es posible algo así como la comprensión recíproca entre los seres animales que pertenecen a un mismo mundo<sup>679</sup>.*

Para la fenomenología el mundo en el que nos desenvolvemos es más que un mero mundo social, es un mundo-con (*Mitwelt*, Heidegger<sup>73</sup>), más radical, al que también pertenece todo aquello en lo que socialmente no participamos<sup>680</sup>. Para Zutt la primera cualidad del *cuerpo vivido* es su *esencial referencia al mundo (welthafter Leib)*<sup>615</sup>. Ser relativo al mundo significa ante todo tener un lugar en el mundo y manifestarse en él como cuerpo que mira y es mirado, escucha y es escuchado, toca y es tocado. Pero este cuerpo que aparece, ocupa un espacio mucho mayor que aquel cuerpo-objeto, ese cuerpo que examina el internista u opera el cirujano. El cuerpo vivido está también allí donde la mirada se posa, o en el lugar de donde proviene la voz que se escucha, o más aun, en aquel país lejano donde se encuentra la persona amada a quien se le escribe. "El mundo no es lo que yo pienso, sino lo que yo vivo"<sup>77</sup>. "El mundo se hace a través del cuerpo"<sup>681</sup>.

El cuerpo y el mundo forman un todo: *yo soy yo y mi circunstancia<sup>11</sup> yo soy alguien corporal, ligado por eso, a través de la corporeidad a la mundanidad, por eso estoy en mi cuerpo y estoy en mi mundo<sup>12</sup>*. Dice Sartre:

*El para-sí (el cuerpo) es por sí mismo relación con el mundo... Por el solo hecho de que hay un mundo, éste*

*no podría existir sin una orientación unívoca con relación a mí... Mi cuerpo es a la vez coextensivo al mundo, está expandido íntegramente a través de las cosas y al mismo tiempo concentrado en este punto único que ellas todas indican y que soy yo, sin poder conocerlo... Así, el surgimiento del para-sí (el cuerpo) en el mundo hace existir a la vez al mundo como totalidad de las cosas y a los sentidos como la manera objetiva en que se presentan las cualidades de las cosas<sup>74</sup>.*

Si cuerpo y mundo son inseparables, si el cuerpo es esencialmente mundanal (*welthaft*), tiene por fuerza que participar de las cualidades del mundo, así como el ojo participa de las cualidades del sol, en palabras de Goethe: *Wär nicht das Auge sonnenhaft, die Sonne konnt er nie erblicken<sup>682</sup>*, que podría traducirse como que si el ojo no participara de las cualidades del sol, jamás podría mirarle. Lo interesante es que ya antes, Platón y Plotino se habían expresado de una manera semejante. Escribe el primero: *Y el ojo fue hecho por el Hacedor lo más parecido al sol<sup>683</sup>* y el segundo precisa en su disertación sobre lo bello: *Porque jamás todavía ojo alguno habría visto el sol, si no hubiera nacido parecido al sol. Pues tampoco puede un alma ver la belleza sin haberse hecho bella<sup>684</sup>.*

Esta condición de nuestro cuerpo es la que permite el conocimiento del otro en cuanto prójimo. La disposición de los objetos y utensilios del mundo en torno a otro centro que mi cuerpo, me hace reconocer a ese cuerpo que aparece en mi horizonte como cargado de subjetividad y capaz de objetivarme<sup>74</sup>.

## El cuerpo como sostén

Además el cuerpo es el cimiento de nuestra existencia<sup>615</sup>, sujeto a mecanismos de adaptación y fracasos de los mismos. La enfermedad es una manifestación del fracaso del cuerpo en cierta área o función. Allí donde duele sentimos el cuerpo. Jaspers<sup>685</sup> dice que hemos adquirido la conciencia de que el cuerpo humano en cada acto de respiración, en cada latido del corazón, está en una situación límite. En la enfermedad aparece con claridad meridiana el cuerpo, y precisamente allí donde aparece el dolor<sup>649</sup>, o el fracaso de una función. De acuerdo con Ruffin<sup>686</sup>, el impedimento aparece cuando fracasa la actividad del cuerpo, y puede añadirse que sobre todo del cuerpo, en los casos de fatiga, agotamiento, o enfermedad.

## La vivencia del yo

El yo es el principio de actividad de la vida psíquica. El ser humano en estado de vigilia rara vez está en reposo, el pensamiento no para y el corazón está lleno de inquietudes. Como decía Fichte<sup>687</sup>, el yo no es una cosa o hecho, sino expresión de una acción de hecho (*Ausdruck einer Thathandlung*).

El yo, principio de actividad, se escapa al yo. De la misma manera que el ojo no puede verse a sí mismo, el yo no

puede captarse a sí mismo. Pero al mismo tiempo, las funciones psíquicas no existen en abstracto, se dan en un individuo concreto. En definitiva, yo soy el que percibe, recuerda, siente o piensa.

Escribe Kant<sup>460</sup>:

*El ser humano es infinitamente superior a los demás seres vivientes porque tiene un yo en su conciencia representativa. Por ello es una persona y conserva la unidad de su conciencia a través de todas las modificaciones que puedan afectarle, siendo siempre una y la misma persona. (...) Somos siempre el mismo, pero nunca lo mismo.*

El yo sólo existe en tanto se realiza en cada momento. Es pues el centro de la existencia; el yo es sujeto de la conciencia del mundo, de los otros, de sí mismo. Este sí-mismo puede entenderse de dos formas, por un lado es el yo como experiencia del cuerpo y por otra parte es un yo-psíquico, un sí mismo vivido como pura subjetividad.

La vivencia del yo o conciencia de sí mismo está caracterizada por cinco propiedades, cuatro descritas por Jaspers<sup>136</sup> y la quinta por K. Schneider<sup>135</sup>. De acuerdo con ellas el yo se vivencia como:

1. Separado de los objetos y personas situados en el mundo exterior.
2. Único.
3. Único a lo largo del tiempo.
4. Activo y dueño de su actividad. El sentimiento de actividad (conciencia de actividad), llamado **mismidad** es el que hace que se reconozcan como propios los sentimientos, los pensamientos, el cuerpo, la vida, etc.
5. Existente y vivo.

### La experiencia objetiva y dotada de sentido

El cuerpo humano no es un objeto más entre los muchos objetos que existen en el mundo, sino un sujeto que se trasciende a sí mismo, hacia el mundo y en torno al cual los objetos que hay en él se ordenan según su significación para mí (cuerpo).

El cuerpo es el *Nullpunkt*, punto cero, desde el cual se organiza el mundo perceptivo. Toda cosa o cualidad se orienta en relación a mi cuerpo vivido. Esto también vale para lo imaginado o recordado, puesto que cualquiera sean sus características, sus cualidades o incluso su propia espacialidad, sólo puede ser imaginado o recordado en referencia a mi cuerpo. Es entonces a partir de mi cuerpo y de la percepción que tengo de él que yo voy a poder constituir el mundo que me rodea y a través del cual se espacializan los demás cuerpos; y así también, desde este centro que es mi cuerpo voy a constituir el mundo global, el mundo terrenal. Desde el punto de vista fenomenológico la tierra está en el centro del mundo y en el centro del centro está mi cuerpo, como punto cero.

Existe la posibilidad de vivenciar el cuerpo externamente, como formando parte del mundo, de una constelación temporo-espacial. Se trata de la capacidad de superar el propio cuerpo, tomar distancia, considerar desde fuera. Dice Guardini:

*"Es una característica esencial de la vida psíquica el que el hombre, una y otra vez, pueda superar el conjunto inmediato de su existencia concreta (dasein), tomar distancia, considerar..."*

Zutt<sup>688</sup> ha colocado esta expresión en el eje de su antropología y deducido a partir de ella su psicopatología comprensiva.

### La percepción del propio cuerpo

La experiencia se organiza de acuerdo y a través de la percepción y de la motilidad. De acuerdo con Husserl cada modificación del cuerpo implica una modificación del mundo externo<sup>30</sup>. Percibimos el mundo a través del cuerpo y no sólo con el pensamiento, por eso "*ser un cuerpo es estar atado a un cierto mundo*"<sup>142</sup>. Percibimos el mundo desde y con el cuerpo, estamos encarnados<sup>482</sup>. Esta conformación viene dada por el movimiento, por la acción y por la percepción sensorial<sup>444</sup>.

El cuerpo es el medio para la experiencia del mundo y en consecuencia media en todos los procesos de aprendizaje<sup>20, 61</sup>. De esta manera el cuerpo es el medio con el que tengo mi propio mundo, y así percibe los objetos como partes de una circunstancia en la que está comprometido, y entre tanto y en cuanto la vivencia se mantiene silente. El conocimiento es **enactivo**, es decir específico a una situación<sup>689</sup>.

Algunos neurocientíficos<sup>689, 690</sup> han llegado por caminos diferentes a las mismas conclusiones que la fenomenología y la antropología psiquiátrica y en ello coinciden con filósofos actuales como Clark<sup>691</sup> y Noë<sup>692</sup>. La novedad es que hay un componente evolutivo añadido.

Mente, cuerpo y mundo interactúan para promover mejores oportunidades de adaptación de individuo. Gallagher argumenta a favor de una cognición encarnada (*embodied cognition*) y defiende que el cuerpo configura la actividad mental si bien desde *detrás de las bambalinas*<sup>3</sup>. El punto de vista de Gallagher es que conocida la manera como el esquema corporal configura la percepción, puede conocerse como configura toda la cognición, ya que la base de esta es la percepción. En el fondo se trata de una reacción contra el racionalismo porque la actividad mental no puede considerarse como limitada a la computación de acuerdo con determinadas reglas lógicas, al margen del medio externo. Hay que "*volver a juntar al cuerpo con el mundo*"<sup>691</sup>.

### El movimiento humano

Nos movemos porque existimos y por medio del movimiento nos situamos y somos capaces de estructurarnos me-

jor en y con el mundo y de esta manera cobramos conciencia de lo que somos como seres vivos. El movimiento es una de las claves para el acercamiento a conocer la naturaleza humana<sup>444</sup>: para la búsqueda y recuperación y por supuesto para el equilibrio natural del ser humano.

La percepción del movimiento es un factor de unificación de la imagen corporal, y de las diferentes partes del cuerpo y de sus relaciones con el medio. El movimiento exige la anticipación de un plan, de una imagen<sup>693</sup>, de acuerdo con el cual tiene que desenvolverse la acción y de hecho existen mecanismos neurofisiológicos para su control como son los potenciales negativos frontales-mediales (*error-related negativity, correct-response negativity, feedback-related negativity*)<sup>694</sup>.

### La postura erecta

La postura erecta es una característica única del ser humano. En ella la columna vertebral es realmente una columna<sup>263</sup>. La postura erecta necesita de una configuración especial de todo el organismo, que es lo que permite la liberación de la mano de sus tareas locomotrices. Con esto el brazo y la mano alcanzan un dominio del espacio, permitido y exigido porque al levantar la cabeza, se distancia de la tierra, torna sus ojos al horizonte y al cielo y alza los brazos. El olfato, ya distante del polvo, deja de ser importante, y queda reducido a su mínima expresión.

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

### El cuerpo como morada

Al mismo tiempo que es capaz de ampliar casi infinitamente su horizonte, el cuerpo toma distancia y pone límites; he aquí el fundamento antropológico del *habitar*. No es que habitemos porque tenemos moradas, sino al contrario, erigimos paredes como prolongación de nuestro cuerpo en su necesidad de tomar distancia.

Por eso pudo decir Heidegger<sup>695</sup> que el cuerpo viviente supera los límites del espacio, vive habitando, ocupando un territorio e incorporando objetos a su alcance:

La sintonía ("*Gestimmtheit*") no se refiere primariamente a lo psíquico; no se trata de ningún estado interior que después, de un modo enigmático, se proyecta hacia afuera; colores, personas y cosas... no vienen de fuera ni de dentro, sino que surgen de sí mismo como modo de estar en el mundo. El hecho existencial, pues, en sí mismo, es la estructura fundamental que vemos alterada en los enfermos.

Zutt sostiene que el "habitar" es un "orden existencial" relacionado con otro orden fundamental, como el *rango*<sup>688</sup>.

*Hay personas que nunca atraviesan el zaguán de mi casa y su contacto con ellas ocurre en la puerta de calle. Otros llegan hasta el salón de mi casa (conocidos, visitas de pésame, etc.). Menos son los que cenan conmigo en el comedor (amigos) y muy pocos entran en mi dormitorio (sólo mi esposa y mis hijos). El rango, así como el habitar, son funciones del cuerpo vivido en cuanto se manifiesta en el mundo; pero no son fijos, sino que cambian con el tiempo, son históricos. A la esencia de este cuerpo que aparece desde una posición y postura determinadas pertenece también el caminar, el estar siempre en camino hacia alguna parte.*

Por eso puede decirse que el ser humano no sólo ocupa lugar, sino que lo habita, que vive en él. En español habitar y vivir son palabras que se confunden, lo cual ya nos indica cuánto tiene éste de aquél.

### El cuerpo fungiente

El cuerpo fungiente se refiere al cuerpo que hace algo, literalmente 'que desempeña un cargo' y que aparece como sujeto - agente; es decir, el cuerpo que "*en el percibir, en el accionar, en el sentir, en la actividad sexual, etc., rinde, ejerce una función*"<sup>660</sup>.

Ahora bien, la contingencia del ser humano se manifiesta de un modo brutal cuando el cuerpo fungiente no está en condiciones de "desempeñar un cargo" y se vivencia como resistencia. Precisamente en el concepto de resistencia a la acción ha sido destacada por estudios de la percepción del cuerpo y la vivencia del mismo (Maine de Biran<sup>426</sup>; Dilthey<sup>65</sup>) y el cuerpo se cosifica y desvitaliza. Se trata de la "experiencia de la materialidad" del cuerpo<sup>681</sup> o de la distancia objetivante o *distalidad* asociada al dolor<sup>696</sup>, a la melancolía<sup>662, 663</sup> o a la enfermedad en general<sup>697</sup>. Por eso para Zutt el cuerpo también es sostén<sup>698</sup>.

### La experiencia de otras personas: la intersubjetividad

Para Merleau-Ponty la corporalidad está en el centro de la *intersubjetividad* y por lo tanto de la *intercorporalidad*, que no es otra cosa que el nexo pre-reflexivo entre mi cuerpo y el de los otros.

Según Grosz<sup>18</sup> el cuerpo es a la vez el objeto percibido por los otros y la realidad vivida para el sujeto, más allá de la separación entre objeto y sujeto, incluso más aun, es una realidad personal para los otros seres humanos.

En la experiencia subjetiva, el cuerpo se vive como presencia, como manifestación, mía hacia los demás y de los hacia mí. El que vivamos en el mundo, y no sólo en un espacio tridimensional; quiere decir que los demás, los seres vivos, se nos presentan (y nos presentamos a ellos) como cuerpos humanos, no como meros objetos. Por lo tanto vivimos en un mundo fisiognómico y no de luces y sombras.

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

La imagen que es más que el reflejo de la luz en la superficie de la piel. Esa imagen está compuesta por el vestido, los gestos y ademanes, el movimiento, la voz, el ritmo de la respiración, el sudor, el temblor, el diámetro de las pupilas, y en general todos los actos y movimientos en los que se manifiesta el cuerpo.

La mirada como cualidad esencial del cuerpo viviente (Zutt<sup>699</sup>; Sartre, 1943) es capaz de revelar secretos insondables. Una mirada furtiva es capaz de traicionar y también una mirada profunda de sobrecoger.

### *El cuerpo como manifestación*

El ser humano se expresa, se comunica, manifiesta con y a través de su cuerpo, que es su epifanía, y lo que es más importante, esas manifestaciones forman parte, no son un accidente añadido, de ese cuerpo que vive<sup>444</sup>.

El lenguaje corporal humano es una forma de expresión plurifacética, una comunicación espontánea e instintiva y al mismo tiempo, calculada; es un paralenguaje que acompaña a toda expresión verbal; puede acentuar la información y modificarla; puede anular su significado convirtiéndose en una metacomunicación; puede ser independiente del lenguaje de las palabras cuando alguien decide conscientemente expresarse con gestos en la vida cotidiana o en el ámbito artístico; puede hacer de acción intencionada o movimiento que hace abstracción del gesto mímico; es material informático real y ficticio al mismo tiempo; e incluye siempre de manera simultánea la función y la expresión de movimiento. Su dimensión y sus cualidades temporal y energética son objetivamente mensurables, pero su expresión continúa siendo subjetiva y admite múltiples interpretaciones. Por eso no debe extrañar que, según Pease, el 65% del lenguaje sea

no verbal, o sea corporal; el 28% reside en el tono y otros aspectos paralelos y sólo el 7% sería lenguaje en forma de las palabras<sup>700</sup>.

Suele decirse que el lenguaje corporal es más sincero que la expresión verbal<sup>701</sup>, que esta es fuente de engaño. "*La parole a été donnée a l'homme pour déguiser sa pensée*" dijo Talleyrand a Izquierdo, un enviado de Godoy<sup>702</sup>. De hecho la política es el arte del engaño tal y como concibió Aristóteles al dejar escrito que los políticos son los únicos que tienen derecho a mentir siempre que lo hagan por el bien de la polis. Esto se debe a que el lenguaje corporal humano tiene un importante componente espontáneo, difícil de simular o de disimular, a veces independiente cuando no contrapuesto a la expresión verbal, manipulable si uno tiene la capacidad de "poner cara de póker".

Expresar es dar salida a los sentimientos, ideas, inquietudes que se mueven o agitan en nuestro interior. Expresión es el fluir que se establece con el exterior, con el mundo que nos rodea. La expresión es la facultad del ser humano de manifestar sentimientos y vivencias tanto si se desea comunicarse como si se trata de una expresión espontánea y no dirigida a nadie. En nuestro cuerpo se elabora cualquier expresión de la persona, en nuestra corporeidad se almacena toda la historia emocional del ser humano y se expresa a través de la motricidad. La expresión se convierte intencionalmente en comunicativa, se sirve del lenguaje corporal.

El movimiento adquiere el sentido de un mensaje, la expresión se transforma en comunicación humana. El movimiento corporal del ser humano implica: un tipo de conducta que afecta a todo el ser humano; una actividad elemental y primaria de la existencia humana.

También Merleau-Ponty abre la posibilidad de una variación tanto sociocultural como individual biográfica de la vivencia del cuerpo propio al sostener que el cuerpo es eminentemente un espacio expresivo<sup>703</sup>.

## ESPACIALIDAD Y VIVENCIA DEL ESPACIO

De acuerdo con von Uexküll<sup>583</sup> cada ser vivo no está sencillamente en el espacio, sino que crea a su alrededor un mundo circundante o peri-mundo. Cada individuo selecciona los estímulos externos y los configura de un modo que es propio a la especie y más discriminadamente a sí mismo como individuo. Se trata de una característica congénita.

Plügge<sup>704</sup> señala que en condiciones normales carecemos de una experiencia del espacio, de sus fronteras, barreras o amenazas, y cuando no es así lo primero es el sentirse limitado.

Así resulta que mientras que el cuerpo como objeto ocupa un lugar delimitado y constante, con el volumen fijo que encierra su superficie, el cuerpo en cuanto sujeto, está en el espacio de otra manera. Estar en una sala significa que está en un punto y en todas partes. Esta cualidad es a la

que se refiere Heidegger como traspasar, superar el espacio (*Räume durchstehen*)<sup>695</sup>.

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

La realidad exterior no se aprehende sino por la **resistencia** que ofrece a la acción del sujeto<sup>65, 426</sup>. La realidad, pues, se manifiesta en su dureza (*la dura realidad*), si el ser no tuviera más que poder de contemplar y no de actuar, no sabría dónde se hallaría con contorno ni los enérgicos perfiles del mundo. Bollnow<sup>705</sup>, partiendo de un pensamiento de Dilthey, desarrolla más cumplidamente esta idea:

*Unos (cosas u hombres) me hacen falta, dilatan mi existencia, incrementan mi fuerza. Los otros ejercen una presión sobre mí y me limitan.*

Es decir, al lado de la presión que la realidad ejerce sobre el ser humano está algo positivo en la misma que lo dilata y aumenta. En el caso de Dilthey estas acciones de la realidad no se refieren sólo a la realidad cósmica, sino también humana. Puesto que lo que se trataba de anular era la duda en la realidad, por ello se contaba en lo que más podía aplacar la duda: con la idea de la realidad como dureza, como resistencia exterior:

*En esta situación de la duda y de la desesperación puede la realidad ser derivada del momento de la pura resistencia. Sólo en esa resistencia encuentra el hombre el fundamento indudable para la existencia de una realidad fuera de él.*<sup>65</sup>

Pero no es sólo la resistencia lo que cuenta, en ella subyace la necesaria inserción en un mundo vivido en el que desplazarse. López Ibor<sup>34</sup> describió que los enfermos de Parkinson muchas veces, al atravesar el marco de una puerta se detienen unos segundos como dudando, a pesar de que ningún impedimento se opone a su marcha. Este hecho fue atribuido a un estrechamiento virtual del espacio, que aprisiona, como si realmente se estrechase el espacio físico. Sin embargo nosotros pensamos que se trata más bien de la dificultad o lentitud para realizar el esquema necesario del nuevo espacio que se abre tras la puerta, en el que es necesario integrar y acomodar los movimientos del desplazamiento a llevar a cabo.

## TEMPORALIDAD Y VIVENCIA DEL TIEMPO

Para Heidegger<sup>73</sup> la estructura antropológica del hombre arranca de su temporalidad. El pasado no sólo penetra en el

presente, sino que actúa sobre él limitando sus posibilidades, su propia flexibilidad, e imponiéndole como unas orillas por las cuales ha de fluir forzosamente el presente. El futuro no es tampoco la distensión de la capacidad indefinida, la esperanza, la perspectiva amplia, sino también lo que se teme y preocupa. Este temor y preocupación aprisiona tanto el presente como el pasado, y el momento actual se vive lleno de fronteras y de límites; por eso pesa tanto sobre el presente la muerte, como límite inapelable de la existencia.

Para algunos autores además de los instintos o impulsos, del pensamiento y de la voluntad existe un elemento de la vitalidad que es el tiempo. La vida misma es futurición, llegar-a-ser, y en su propia esencia va implícita constitutivamente la esencia del tiempo. Este concepto ha permitido a Minkowski<sup>706</sup>, a von Gebattel<sup>707</sup> a Straus<sup>263</sup> y a otros, basándose en la noción de **tiempo vivido** (*temps vécu*) analizar, por ejemplo, la vivencia del tiempo en la patología depresiva. En el deprimido hay, según von Gebattel una alteración de la temporalidad consistente en el predominio del pasado y a la ausencia del futuro. En la depresión hay un trastorno de la temporalidad definido por von Gebattel, como un trastorno del devenir, del avance vital<sup>707</sup>, que se vivencia de muchas maneras: falta de perspectiva de futuro, amanecer "un día sin fin", aburrimiento (que en alemán es *Langweile*, lit. espera prologada), como un "dolor lento" o sensaciones análogas.

## VIVENCIA CORPORAL Y AFECTIVIDAD

Todas las consideraciones sobre la sensibilidad interna, la cenestesia, la propiocepción y el esquema corporal comparten una limitación importante, que es la de ignorar el hecho que la experiencia corporal no es afectivamente neutra, a diferencia de las sensaciones externas que en ocasiones pueden ser vividas pasivamente y sin estar acompañadas de un estado de ánimo especial<sup>708</sup>. Esto se debe a "*la naturaleza del sentimiento que motiva (fenomenológicamente) la aprehensión de este cuerpo como mío*"<sup>709</sup>.

La confusión terminológica en este ámbito es considerable, lo cual no puede extrañar ya que se trata por una parte de experiencias personales difíciles cuando no imposibles de verbalizar. Son inefables, están fuera del alcance de explicaciones racionales y no han recibido atención suficiente por parte de filósofos y pensadores hasta tiempos muy recientes. En la tradición de la fenomenología y de la antropología psicopatológica los términos sentimiento y humor son los más abarcativos y se corresponden con el *Stimmung* de Heidegger. El problema es que sus equivalentes en inglés, *feeling* y *mood* tienen significados diferentes<sup>710</sup>. *Feeling* indica la experiencia sensorial. Por eso Ratcliffe<sup>711</sup> ha introducido la expresión "sentimientos existenciales" (*existential feelings*), cuyo objetivo no es ni el propio cuerpo ni un objeto del mundo, sino que son estructuras de la relación entre el yo (*self*) y el mundo, que abarcan un sentido de realidad, significación, relación, "situatividad", una consideración de mi mismo en mi circunstancia podríamos decir.

Por lo tanto, los sentimientos existenciales son aspectos inextricables de la misma estructura experiencial, es decir vivencia, unitaria. Por eso, los sentimientos corporales no son meras experiencia senso-perceptivas, son modos en los que el mundo se nos presenta a través del cuerpo. Una aportación importante de Ratcliffe<sup>680, 712, 713</sup> es precisamente la de la relevancia de la experiencia corporal en los sentimientos, a la que, según él, Heidegger no había prestado suficiente atención.

## Los sentimientos corporales y vitales y la vitalidad

La experiencia primaria de los sentimientos está muchas veces ligada a la experiencia del cuerpo y en todos ellos hay siempre un correlato vegetativo. Marcel<sup>5</sup> primero y Schilder<sup>503</sup> más tarde son los que han puesto el énfasis en este aspecto, por lo demás esencial.

Los sentimientos no son meros estados de ánimo, ya que tienen un componente cognitivo esencial. La conciencia emocional es conciencia del yo en el mundo y por eso cualquier estado de ánimo tiene su por qué, y vuelve siempre a él (por ejemplo, el miedo al objeto del miedo, la alegría a su motivo). Para Sartre<sup>714</sup> las emociones son una conducta sustitutiva, que surge cuando la racional y objetiva no es posible, que hace que el sujeto se instale en una relación metafórica con el mundo. Ante lo inefable de la muerte de un ser querido, la persona cae en un estado de tristeza, en el cual la realidad adquiere otro sentido, aunque no sea más que el de aislarse, encerrarse en sí mismo e inhibirse de toda acción o compromiso. Por eso la racionalización de los sentimientos y de lo que los han provocado hace que estos se amortigüen o desaparezcan. Así, en circunstancias normales es posible reflexionar sobre los afectos y que éstos toman otro cariz al hacerlo como al consolar a una persona o en la psicoterapia.

Los estados de ánimo se acompañan siempre de fenómenos somáticos (taquicardia, sudoración, variaciones de la tensión arterial y variaciones de las secreciones neuroendocrinas) y comportamentales. Los correlatos vegetativos son para Sartre el *lado serio* de la emoción<sup>714</sup>. Hoy sabemos que son la expresión de la función adaptativa de los sentimientos. Por ejemplo, ante una amenaza indeterminada, aún no identificada surge una reacción compleja, que es psíquica para tomar conciencia (el sentirse angustiado), fisiológica para preparar al organismo para hacer frente a una amenaza para la homeostasis (los mecanismos de estrés), comportamental (preparación para la lucha o huida), de llamada de atención para avisar de la situación de peligro (expresión facial y corporal, horripilación) y de petición de ayuda (pidiendo socorro o precaución o simplemente gritando).

## Tipos de sentimientos

Scheler<sup>715</sup> distinguió cuatro tipos de sentimientos:

1. Sentimientos sensoriales (*Sinnliche Gefühle*) o sentimiento-sensaciones (*Empfindungsgefühle*), que se re-

fieren al cuerpo, sirven al instinto de conservación en su vertiente más biológica y se construyen sobre las sensaciones corporales, o siguen su estructura. Son estados como el dolor, el nudo en el estómago del hambre o el frío en la espalda del terror.

2. Sentimientos vitales (*Lebensgefühle*) o sentimientos de la corporalidad (*Leibgefühle*), también están referidos al cuerpo, pero no están localizados sino que dan cuenta de cómo está la totalidad del organismo y al modo como estamos instalados en el mundo. Por eso podemos percibir un paisaje como alegre o triste. Tanto las sensaciones localizadas como las generales, se originan en parte por estímulos externos, en parte por estímulos del propio cuerpo y en parte por representaciones y pensamientos, como son sobre todo las sensaciones y emociones sexuales. Los sentimientos vitales giran alrededor de la plenitud, la calma, la languidez, el vacío interior y la tensión. Constituyen un todo unitario, en ellos experimentamos nuestra vida misma. Son globalmente extensivos (*Gesamtausdenungscharakter*) en el cuerpo propio, a diferencia de los sentimientos sensoriales que están localizados. Los sentimientos vitales se refieren siempre a "mi" mediante el Yo-propio-corporal, es decir mediante la conciencia unitaria de nuestro propio cuerpo.
3. Sentimientos anímicos (*seelische Gefühle*) o sentimientos puros del yo (*reine Ichgefühle*), que se corresponden con los sentimientos dirigidos de Lersch<sup>716</sup> o reactivos, provocados por un acontecimiento exterior. Suelen ser la expresión de una inclinación, de una toma de postura y, por consiguiente, de una valoración. Así como en los dos primeros la experiencia fundamental es la ausencia de la misma, ya que vivimos pendientes del mundo que nos rodea, no de si me duele aquí o allí o si tengo un cansancio agotador, en esta tercera categoría aparecen claros los polos placentero y displacentero, alegría-tristeza; éxtasis-angustia, agrado-desagrado, interés-tedio, amor-odio, confianza-desconfianza, etc.
4. Sentimientos espirituales (*geistige Gefühle*) o de la personalidad (*Personlichkeitgefühle*), que son espontáneos, absolutos más allá de valores concretos. Son modos de ser, en lugar de modos de estar.

Utilizamos el término vitalidad como referente de los sentimientos vitales, no en el de un vitalismo biológico como en Driesch<sup>717</sup> que consideraba que en los seres vivos hay fenómenos que no se explican sólo por leyes físico-químicas y que existirían otras propias de la vida en sí misma. Tampoco la utilizamos en el sentido del vitalismo filosófico, como ariete contra la razón como en Nietzsche<sup>718</sup>. La palabra vitalidad alude a un estrato de la naturaleza humana entre los más puramente biológicos y los más personales, siguiendo los conceptos de Lersch<sup>716</sup> y otros, entre ellos el raciovitalismo de Ortega y Gasset<sup>719</sup> que pretende ser una posición intermedia, y muy cercana al existencialismo, en la que razón e intuición se ponen al servicio de la vida. Así, para Ortega, la vida será una realidad radical y el hombre no será naturaleza sino historia, porque la vida no es sino lo que hacemos y lo que nos pasa.



Así pues, la consideración en torno al papel de los sentimientos lleva a un planteamiento más radical que el expuesto más arriba, si cabe. Si todo el problema fuera que yo debo sentir mi cuerpo a través de la cenestesia para que sea mío, perderíamos de vista lo importante. Porque la cuestión es más bien que yo soy mi cuerpo en la medida en que siento, que soy. Y eso coloca al cuerpo del lado del sujeto, y no del de un objeto psíquico. Por eso, el cuerpo es no sólo nuestro modo de ser en el mundo, nuestro pertenecer al mundo, es "*nuestra manera de existir*"<sup>720</sup>.

Marcel sostiene que "*se ve en seguida que mi cuerpo no es mío sino en tanto que es sentido, por confusamente que pueda serlo. La abolición radical de la cenestesia, suponiendo que fuera posible, sería la destrucción de mi cuerpo en tanto que mío. Si yo soy mi cuerpo es en tanto que yo soy un ser sentiente*"<sup>142</sup>.

La cuestión no es que haya que centrar la atención en el cuerpo propio antes de focalizarla sobre cualquier otro objeto, es más bien que el cuerpo es la condición de posibilidad del prestar atención a cualquier cosa, incluido el cuerpo mismo. Justo porque es la condición de posibilidad de todo atender y de todo sentir, justo porque goza de una prioridad absoluta, el cuerpo propio no es un objeto, tampoco el de un sentir interno; el cuerpo sujeto no es, pues, de ninguna manera una cosa entre las cosas.

Las manos con las que toco, cabe decir para referirse a un ejemplo de Husserl, justo porque son la condición de posibilidad de que algo sea tangible, no pueden ser objeto del tacto. Lo que no las convierte en una cosa mental. ¡Claro que puedo tocar una mano con la otra; pero entonces la mano tocada no tiene ninguna prioridad! No cabe tocar el tocar. El cuerpo sujeto, el que goza de una prioridad absoluta, es el cuerpo sentiente, no el sentido. El sentir fundamental, el *Urgefühl*, no puede ser sentido"<sup>655</sup>.

## La alexitimia

Los estudios de Ruesch<sup>721</sup> sobre la **personalidad infantil** y los de Marty y de M'Uzan<sup>722</sup> sobre el **pensamiento operatorio** culminan en los de Shalling y Sífneos<sup>723, 724</sup> sobre la **alexitimia**, literalmente *falta de palabras para expresar los estado de ánimo*. De acuerdo con ellos los enfermos que padecen trastornos psicósomáticos tienen una gran dificultad en verbalizar sus afectos y en su lugar describen las circunstancias concretas en las que aparecen y las operaciones mentales que llevan a ellos (pensamiento operatorio). La falta de verbalización de los afectos conduce a su cronificación.

## LA AMBIGÜEDAD DE LA VIVENCIA CORPORAL

Para la fenomenología, la cuestión es la de saber cómo mi cuerpo es mío, qué significa el ser mío de mi cuerpo o cómo experimento mi cuerpo como mío, más allá de considerarlo desde sus cualidades de objeto, de mi cuerpo tal

como se presenta a los demás o a mí mismo en la observación externa. Ahora bien, no es posible hablar de un cuerpo mío, porque se trataría de un objeto, el cuerpo, que pertenecería a un sujeto, yo, lo que sería reintroducir la tensión dualista. Mi cuerpo no es mío, porque yo soy mi cuerpo, y no puede ser mío lo que yo soy entre yo y mi cuerpo sea dual y ambigua. Soy y tengo mi cuerpo, en palabras de Marcel. El cuerpo viviente (*Leib*) es el cuerpo que soy, el cuerpo corporal (*Körper*) es el cuerpo que tengo<sup>725</sup>.

Para Marcel, *hay una relación inmediata entre mi conciencia y mi cuerpo en tanto que éste se da en el espacio, o sea la determinada por la percepción externa que yo tengo de mi propio cuerpo, y otra en la que mi cuerpo se da en la percepción interna (cenestésica), de suerte que mi corporalidad resulta tener dos modos de existencia absolutamente diferentes; una existencia objetiva - ligada a la percepción externa - y otra subjetiva - ligada a la propia conciencia. Aunque no deja de advertir que ambos modos de la conciencia del propio cuerpo son indisolubles y estrechamente solidarios en tanto que no pueden darse el uno sin el otro*<sup>5</sup>.

Para Ricoeur<sup>77, 726, 727</sup> la oposición entre el cuerpo-sujeto y el cuerpo-objeto no coincide con la doble dirección de la mirada hacia fuera, hacia el extracuerpo y hacia adentro, hacia el intracuerpo, sino que se trata de dos actitudes. Por otra parte, el paso del modo personal al natural es una degradación por la que los actos se reducen a hechos.

*Se pasa del punto de vista fenomenológico al punto de vista naturalista, no por inversión de lo interno a lo externo, sino por degradación de lo externo y de lo interno. Por su parte, también Merleau-Ponty<sup>142</sup> ha sostenido que:*

*(El) cuerpo, como edificio químico o conjunto de tejidos, está formado por empobrecimiento a partir de un fenómeno primordial del cuerpo-para-nosotros, del cuerpo de la experiencia humana o del cuerpo percibido, que el pensamiento objetivo tematiza, pero del que no debe afirmar haber llevado a cabo un análisis exhaustivo.*

Para Escribano<sup>728</sup> no se trata tanto de oponer una observación externa a una observación interna cuanto de distinguir dos actitudes diferentes, una naturalista (cuerpo-objeto) y otra personalista (cuerpo-sujeto), o si se prefiere, aplicar al estudio del cuerpo humano los métodos y perspectivas de las ciencias empíricas y simultáneamente, el de las ciencias humanas o del espíritu, en la concepción de Dilthey referida más arriba.

Merleau-Ponty<sup>77</sup> se refiere a la ambigüedad de la experiencia del cuerpo. La ambigüedad se traduce en que seamos cuerpo que experimentamos y cuerpo que vivenciamos, o mejor, que experimentemos y vivenciamos porque somos cuerpo. También se manifiesta en el hecho que seamos una integración de destino e impulso, el que se transforme el ser cuerpo en tener cuerpo, el que seamos la presencia unitaria de un yo corporal y un cuerpo mundano. En esa ambigüedad se fraguan las enfermedades; por eso todas son psicósomáticas en sentido amplio, por eso no pueden separarse el papel

de la herencia y el del medio, la etiología y el sentido de la enfermedad. En esta ambigüedad viven los enfermos, y en ella se mueve el médico. Por eso el médico ha de manipular el cuerpo de sus enfermos y saber estar atento, escuchar e interrogar solícitamente su intimidad. Pero al mismo tiempo, el médico, en un momento preciso, tendrá que tomar distancia de la situación concreta y reflexionar, utilizar el conocimiento que le proporciona la ciencia.

La ambigüedad del ser-en-el-mundo es la ambigüedad del cuerpo. Escribe Merleau-Ponty<sup>142</sup>:

*"Porque nuestra existencia es ambigua, en parte es autónoma y en parte dependiente. Esta ambigüedad originaria toca también a nuestra libertad. Ella ha de operar limitada por las situaciones en las que está comprometida nuestra ambigua condición humana. Las condiciones de probabilidad no son puras ficciones sino que pertenecen a un ser situado en el mundo y abordado por la ambigüedad de los acontecimientos. Si los cartesianos volvieran entre nosotros tendrían la sorpresa de encontrar una filosofía e incluso una teología que tienen por tema favorito: La contingencia radical del mundo"*<sup>160</sup>.

## LA VIVENCIA COTIDIANA DEL CUERPO

La vivencia cotidiana del cuerpo se caracteriza por dos cosas. La primera que se trata de una sensación inmediata de que el cuerpo propio está situado en un lugar y en un momento concretos y que en él se sitúa nuestro yo. Cuerpo y yo se perciben como una unidad en el mundo y separada de él.

La segunda es que en condiciones normales apenas percibimos algo del propio cuerpo o sólo lo hacemos cuando enferma y produce molestias y dolores o cuando se exige de él un esfuerzo que le supera y entonces se nota el palpitante del corazón, la respiración jadeante o la resistencia de músculos y articulaciones. Por eso uno de los hechos a tener en cuenta es que la enfermedad revela a un desconocido, el propio cuerpo, porque nadie sabe nada de su vesícula biliar, y ni siquiera si existe, hasta el día en que se tiene el primer cólico.

Desde la perspectiva fenomenológica la vivencia normal del cuerpo depende de la concordancia (*Einstimmigkeit* de Husserl) de la experiencia sensorial, perceptiva y afectiva propia, que hacen de mi cuerpo algo familiar, mientras que en la vivencia anormal del cuerpo se rompe dicha continuidad. La vivencia normal consiste en una actitud natural<sup>29</sup>, no cuestionada<sup>29</sup>, lo que Merleau-Ponty denominó fe perceptiva<sup>77</sup>.

La normalidad incluye grados de continuidad – discontinuidad o identidad – alteridad a distintos niveles, que se alteran en los estados anormales (tabla 6). En estado de salud el cuerpo propio es el gran silencioso. De esta experiencia se ha dicho que es de acuerdo con Schiller nuestra imagen es

algo hueco y vacío<sup>504, 503</sup> silenciosa, transparente, una sensación de presencia<sup>463</sup>, subliminal<sup>1730</sup> o que de ella tenemos una conciencia periférica<sup>731</sup>. Leder<sup>482</sup> ha escrito sobre el **cuerpo ausente**, alienado, porque la tendencia es a que el cuerpo quede en un **trasfondo corpóreo** (*corporeal background*) del que emerge la conciencia de un modo problemático cuando se presentan experiencias fisiológicas o sociales específicas.

Sartre<sup>74</sup> ha descrito tres dimensiones de este cuerpo:

- La primera es la que acabamos de describir, el **cuerpo pasado por alto** (*passé sous le silence*). Es la experiencia cotidiana de la acción en la que estamos, en la ejecución y meta de la misma, no en todos y cada uno de los movimientos que nos llevan a ella. El alpinista asciende la pared pendiente de la grieta, de los puntos de agarre, del viento y de la ruta de ascensión, no de las contracciones de sus músculos.
- La segunda es la **observación externa del cuerpo**, como cuando vemos al alpinista y todo el paisaje con el que lucha su cuerpo, objeto vivo en movimiento, organismo en función que hace surgir en nosotros la convicción que está regido por un centro que hay dentro de él.
- La tercera es el **sujeto que se siente observado**, el alpinista que se da cuenta que le estoy mirando. Enlentecerá sus movimientos, se sentirá violento, vulnerable, su mundo se ha desbordado en dirección del otro. La mirada del otro destruye el silencio (*passé sous le silence*) que hace que no pueda ser pasado por alto. La *mirada*, manifestación notable del cuerpo viviente, y la dinámica del *mirar* y *ser mirado* son la base de la intersubjetividad. Lo mismo nos sucede a nosotros mismos cuando al mirarnos en el espejo nos percibimos como un objeto, la mirada sartriana que reifica incluso el reflejo de nosotros mismos.

Van de Berg<sup>732</sup> ha señalado la unilateralidad de la doctrina sartriana, que es la que vemos exagerada y caricaturizada en los trastornos de la vivencia corporal. Para Sartre la mirada del otro siempre termina produciendo alienación. Aquel ojo que me priva de mi mundo, automáticamente me *coagula* como si hubiese sido sorprendido *in fraganti*. Todos los ejemplos referidos en *L'être et le néant*<sup>74</sup> hablan a favor de esa visión misantrópica: el hombre que mira a través del ojo de la cerradura una escena que no estaba destinada a ser contemplada por él, y de repente se da cuenta que su comportamiento reprochable es observado; otro pasea por una calle desierta y escucha tras él que una persona desconocida descorre una cortina para observarlo silenciosamente. La mirada sartriana es la mirada por la espalda de un desconocido, mirada maliciosa, traicionera, que produce escalofríos de los pies a la nuca, reificante. No sería difícil, termina van den Berg, presentar una larga lista de ejemplos que denotan en la mirada de otro una significación opuesta: hay miradas de comprensión, de simpatía, de amistad. Podemos añadir que, por propia definición, la mirada de Sartre proyecta la nada sobre el objeto, y por lo tanto sobre el cuerpo en cuanto tal.

Tabla 6			
Grados de continuidad y discontinuidad			
Nivel	Continuidad		Anormalidad
Emocional	Relajación	Tensión	Malestar
Espacial	Estar bien situado	No estarlo	Estar en ninguna parte
Temporal	Sincronía	Asincronía	Estar fuera del tiempo
Intersubjetivo	Ser uno mismo	No serlo	Estar alienado

El pudor e impudor conducen a la dinámica del amo y el esclavo. El ser humano de ordinario no muestra su cuerpo, y cuando lo hace es tanto con temor o con intención de fascinar. Le parece que cuando lo hace, la mirada extranjera que recorre su cuerpo se lo roba o que, al contrario, el otro será esclavizado. En tanto en cuanto que tengo un cuerpo, puedo ser reducido a un objeto o, al contrario, puedo convertirme en su amo y mirarle a mi vez, pero este dominio es un *impasse*, ya que la persona que incitaba mi deseo a un reconocimiento, la he convertido en un ser fascinado, sin libertad, y que ya no cuenta para mí como persona. Lo mismo puede suceder en la relación amorosa en la que sus contradicciones se deben a la estructura metafísica de mi cuerpo, a la vez objeto para el otro y sujeto para mí<sup>77</sup>.

### SEXTA PARTE: CONFRONTACIONES ENTRE CUERPO E IDENTIDAD

#### MÁS ALLÁ DE LAS AGNOSIAS

Más arriba hemos considerado la percepción corporal en su sentido más somero y neurobiológico. A partir de ahora lo haremos desde una perspectiva más amplia y abarcadora, que es la que tiene que ver con el significado de lo percibido, algo que es fundamental desde el punto de vista de la clínica de ciertos trastornos mentales y del conocimiento filosófico.

En el miembro fantasma y en las diversas formas de agnosia se trata, en palabras Gallagher y Meltzoff<sup>116</sup> de la **información** propioceptiva la cual se integra en un esquema corporal que antecede a la acción. Sin embargo, en muchos trastornos mentales se presentan alteraciones importantes, a veces predominantes, de la experiencia corporal y que no pueden considerarse como agnosias. Por eso decimos que hay "un territorio que está más allá" de lo hasta ahora expuesto. Se trata de la **conciencia** propioceptiva. En otros términos, hay que diferenciar la **percepción** del propio cuerpo, de la **experiencia** o mejor, la **vivencia** del mismo.

De un modo habitual y constante pasamos de la vivencia del cuerpo objeto al cuerpo sujeto y viceversa<sup>733</sup>. Si me aprieta el zapato experimento mi cuerpo con las dimensiones de una realidad objetiva, si acudo a dietas y ejercicio para mejorar mi apariencia de cara al verano, vivo una realidad

subjetiva que además pretende impactar en la opinión que otros tendrán de mí cuando vayamos juntos a la playa. Sin embargo existen algunas situaciones en las que discrepan unas de las otras, que son la consecuencia de la ambigüedad de la vivencia corporal descrita más arriba.

Algunas de estas situaciones son normales. Por ejemplo, Freud llamó la atención sobre el hecho de que, en ocasiones, no nos reconocemos a nosotros mismos en la imagen de un espejo. Citando una experiencia propia que tuvo al despertarse una noche en un vagón de tren, y confundir su reflejo en el espejo con una persona que entraría en su compartimento (Freud padecía una *siderodromofobia*, fobia al ferrocarril, y es posible que la ansiedad influyera en este falso reconocimiento).

Wolff, demostró las dificultades que tiene una persona para identificar fotografías de sus propias manos o de su propio perfil, si no está esperando confrontarse con eso. Si uno toma una fotografía de perfil de un sujeto, sin saberlo éste y luego se la muestra, es incapaz de reconocerla entre otras muchas que se le presenten con posterioridad. La capacidad inmediata que tenemos de reconocernos se debe principalmente a la expectativa. Cuando esperamos encontrarnos con alguien, le reconocemos enseguida, pero si nos tropezamos con alguien sin esperarlo, titubeamos un momento. Son excepcionales las veces que nos enfrentamos con una imagen de nosotros mismos sin saberlo, por eso es necesario recurrir a experimentos un tanto artificiosos. Por otra parte se sabe que la mayor parte de las personas no pueden visualizar correctamente el tamaño de las diferentes partes de su cuerpo, las dimensiones de la cabeza tienden a ser sobrestimadas.

Otras veces la confrontación afecta a algunas de las características de la vivencia corporal: la vivencia del mundo en la despersonalización; la conciencia de sí mismo en la despersonalización; el cuerpo vivido en síndrome de Cotard, en las grandes psicosis y en la hipocondría y la histeria; la vivencia del yo en los trastornos delirantes en general; la postura erecta en la camptocormia (que antes se creía de origen histérico y ahora se atribuye a una degeneración y atrofia de la musculatura paravertebral lumbar)<sup>734</sup> y en la comoptosis (que se considera psicógena)<sup>735, 736</sup>; el movimiento en la catatonía; la intersubjetividad en los trastornos de la identidad y así casi *ad infinitum*.

Poock<sup>737</sup> hizo una experiencia interesante, pidió a un enfermo que colocase el muñón a pocos centímetros de la pared y le explicara qué había sucedido con la sensación de miembro fantasma, ¿se había esfumado?, ¿se había doblado?, ¿atravesaba el muro? Plügge<sup>738, 739</sup> que repitió el experimento, llamó la atención no sobre la respuesta sino sobre el desagrado que la situación producía en el enfermo, *¡Me toma por mentiroso, doctor!*

Este desagrado es constante en todas las situaciones en las que se confronta cuerpo como objeto y la vivencia del mismo: la experiencia del cadáver de un ser querido, la de un cuerpo no tan perfecto como le gustaría a una anoréxica, la decepción cuando oímos por primera vez nuestra voz grabada o el disgusto de los adolescentes con la forma de su cuerpo. Frenkel-Brunswik<sup>740</sup>, se ha referido a este hecho como *la verdad dolorosa*, Holzman como *hiato latente (latent split)*<sup>741</sup> y Janet<sup>742</sup> como *la vergüenza del cuerpo*.

## El "centro del alma"

Según Zutt<sup>743</sup>, para Jaspers el conocimiento neurológico asciende de estrato en estrato hacia el mecanismo nervioso, como si se acercara cada vez más al *centro del alma* y el trastorno más elevado descubierto hasta el momento era la apraxia<sup>136</sup>. Añade que nuestros conocimientos en estos aspectos se han adquirido en sentido ascendente, pero más allá de la apraxia motriz se pierden, por ahora, dice Jaspers, en el ámbito de lo desconocido.

A estas frases sólo cabría hacerle un acotación, que es la de asociar la palabra agnosia a apraxia, porque ambas van siempre juntas y en estas líneas nos interesa la perspectiva del conocimiento más que el de la motilidad.

Zutt se ha pronunciado en un sentido muy parecido al escribir:

*"En los trastornos agnósticos y apráxicos se trata de alteraciones periféricas, es decir, de los aparatos instrumentales en el sentido de J. Lange. La actitud interna y la facultad fundamental de exteriorizarse (expresarse, descubrirse) son "más centrales" que las apraxias.*

Una perspectiva moderna de esta interpretación la encontramos en Orengo que, aunque propone un mecanismo etiológico común para fenómenos psicopatológicos y síntomas neurológicos, los diferencia porque los primeros podrían tener una explicación de arriba a abajo mientras que los segundos serían engendrados de abajo a arriba<sup>744, 745</sup>.

En el texto citado, Zutt se refiere a sendos trabajos suyos<sup>262, 743</sup>. En el primero analiza la actitud de enfermos con histeria y parte del hecho que en cada emoción se puede distinguir entre la parte activa, que es la actitud y la mímica y una pática que es el proceso de interiorización en forma de percepciones y sentimientos. Normalmente ambos van al unísono ya que forman parte de la función adaptativa de la

vida sentimental (véase vivencia corporal y afectividad), pero en otros no, y la actitud interna se constituye con una cierta autonomía del yo, y por lo tanto en ciertos trastornos de la personalidad afecta al comportamiento, a la expresión. Casos prototípicos son la histeria y algunos trastornos de la personalidad en los que la adopción de sentimientos que no tiene la persona afectada de lugar a actitudes internas que parecen inauténticas pero que a ojos del enfermo no lo son. Por eso decía Bumke<sup>746</sup> que la actitud natural de los histéricos es la pose y por eso son capaces de vivir su propio teatro<sup>136</sup>.

Lo que se refiere a la expresión o manifestación lo aclara con un ejemplo de la clínica: el enfermo parkinsoniano podría expresarse si fuera capaz de moverse, mientras que el catatónico podría moverse si fuera capaz de expresarse. El paciente catatónico ha perdido algo más que la posibilidad de moverse: la expresión propia y la del mundo circundante se han vuelto dudosas para él. Lo conocido se le aparece como incierto o se desmorona, y en su lugar surge el delirio<sup>743</sup>.

## TIPOS DE CONFRONTACIONES ENTRE CUERPO E IDENTIDAD PERSONAL

La vivencia del cuerpo cambia, se altera, a veces de manera angustiada, en la enfermedad, en la que por una parte alcanza un protagonismo la contingencia de la propia existencia y por otra la ambigüedad de, a la vez, ser y tener un cuerpo, el quiasmo de pronto desaparece, el cuerpo se manifiesta en toda su objetividad y médico y enfermo se enfrentan a un nuevo lenguaje. La unidad entre el cuerpo, el mí mismo (*self*) y el mundo se rompe en la enfermedad, de tal manera que el cuerpo se convierte en una amenaza para sí mismo y en una necesidad de cambiar las relaciones interpersonales<sup>747</sup>.

El cuerpo tampoco revela su anatomía en la enfermedad, al modo como se estudia en las salas de disección o en los quirófanos. Es en otra dirección como ofrece su *autodisección*, por así llamarla. A través de experiencias variadas, tales como el dolor, la angustia, el vértigo, etc., habla otro lenguaje. La anatomía del extracuerpo es distinta a la anatomía del intracuerpo y ésta no es menos importante que aquélla. Los síntomas de las enfermedades, con frecuencia, sólo traen la del intracuerpo. Su lenguaje es el sufrimiento.

## Dolor y vivencia corporal

La experiencia dolorosa es un buen ejemplo de esta transformación. El dolor es un signo de alarma y señal que aparece en la localización donde se ha producido un daño o lesión. También se produce frente a la amenaza de un daño. Desde un punto de vista evolutivo, el dolor tiene una gran importancia adaptativa, porque alerta del hecho de que algún tejido ha sido o puede ser dañado o lesionado.

Ahora bien, no hay una correlación directa entre dolor, daño y amenaza y la respuesta individual al dolor es muy

variable y sujeta a importantes influencias psicológicas y ambientales, lo que hace que el estudio del dolor sea muy complejo.

Por otra parte el dolor es una preocupación constante del ser humano, que se pregunta: ¿Qué es? ¿Qué significa? ¿Por qué y para qué? ¿Es posible vivir sin él? ¿Cómo aliviarlo? Y en definitiva ¿Por qué existe? Estas reflexiones sobre el dolor tienen unos componentes filosóficos, morales, éticos, religiosos y culturales importantes. En cualquier caso el dolor es difícil de describir y definir, es una **experiencia privada** (Szasz<sup>748</sup>).

El dolor es tan difícil de definir que a veces ha sido negado. Para Aristóteles la sede del dolor es en el corazón y su naturaleza, un aumento de la sensación del tacto<sup>749</sup>. Esta noción es compartida por investigadores actuales: *el dolor es, simplemente, demasiado*, Melzack<sup>750</sup>. Descartes propuso el paradigma de la cuerda y la campana<sup>751</sup>, el dolor es la consecuencia en el cerebro de algo que suceden otro lugar de cuerpo, como el tañido es producido a distancia por el sacristán, así, dolor sería una sensación específica, de acuerdo con un modelo dualista.

La Real Academia Española define el dolor y otras palabras relacionadas como:

**Dolor:** 1.-Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. 2. Sentimiento de pena y congoja.

**Dolora:** breve composición poética de espíritu dramático, que envuelve un pensamiento filosófico.

**Doliente:** en un duelo, pariente del difunto

**Dañar** (*damnare* 'condenar'): 1. Causar detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor, molestia. 2. Maltratar, echar a perder una cosa. 3. condenar a alguien, dar sentencia contra él

**Pena** (*poena*, 'castigo', 'penitencia'): 1. Castigo impuesto por autoridad legítima al que ha cometido un daño o falta. 2. Cuidado, aflicción, sentimiento grande. 3. Dolor, tormento o sentimiento corporal. 4. Dificultad, trabajo. 8. Velo de luto

**Condolencia:** Participación en el pesar ajeno. 2. Expresión con que se hace saber a alguien el sentimiento que se tiene de su pena o aflicción (*pésame*)

La Asociación Internacional para el Estudio Científico del Dolor (*International Association for the Scientific Study of Pain*, IASP) describe el dolor como *una experiencia sensorial y emocional desagradable, que se asocia a daño tisular o que se describe en términos de dicho daño*<sup>752</sup>.

La definición debe completarse con dos aspectos más: el dolor da lugar a unas *respuestas concretas* (vegetativas, psicológicas, comportamentales<sup>753</sup>) y a una *petición de ayuda*, acompañada de la esperanza de ser correspondida.

Por lo tanto, el dolor se acompaña de:

- Pérdida de o amenaza a la integridad corporal (lesión, daño por una causa).
- Pérdida de o amenaza al bienestar personal (malestar, aflicción, pena).
- Pérdida de o amenaza al status social (pena, castigo, penitencia, condena).
- La vivencia de un destino inexorable (crisis, rupturas de la existencia).

Y provoca:

- Pérdida de auxilio (clamar, gritar).
- Respuesta de ayuda.

El dolor trae a la conciencia la presencia de una parte de su cuerpo cuya existencia normalmente había pasado desapercibida. No se trata de un conocimiento racional, sino de una experiencia vivida. El dolor enseña que existe un cuerpo que puede ser dañado y, eventualmente, sucumbir.

El dolor objetiva una parte, dañada, del cuerpo. Bakan<sup>696</sup> considera que la función del dolor es establecer una distancia en la conciencia de la parte del cuerpo dañada o amenazada (**distalidad**), que consiste en desembarazarla de los atributos de la subjetividad, para poder actuar sobre ella. El dolor, viene a decir, reifica la parte doliente para poder actuar sobre ella como si no fuera persona, curando, limpiando, saando o desinfectando. En palabras de Pemán<sup>754</sup>, *el dolor no es de nadie; el dolor es una convivencia; el dolor como la verdad no se poseen, son ellos los que nos poseen a nosotros*, frase que concuerda con Gadamer<sup>639</sup> para el cual es la verdad la que nos encuentra a nosotros.

Sartre<sup>74</sup> se refirió al **dolor puro** como de una experiencia de carácter singular:

*Estoy en un sillón leyendo. La lectura me interesa tanto que me olvido de todo lo que me rodea. Después de algún tiempo parece que me invade un malestar, sin que apenas me dé cuenta. Sólo cuando el malestar es más fuerte y me obliga a interrumpir la lectura, es cuando me doy cuenta de que me duele la cabeza.*

Cassell<sup>755</sup>, ha criticado que la medicina moderna no considere suficientemente el impacto del sufrimiento asociado al dolor y la enfermedad, cuando resulta que el alivio del sufrimiento es una de las metas de la medicina. La razón es que los médicos se fijan en el cuerpo, en los síntomas somáticos y no lo suficiente en la persona del enfermo<sup>756</sup>.

Por otra parte, como hemos visto más arriba, el dolor objetiva una parte, dañada, del cuerpo y establece una **distalidad**<sup>696</sup>, reifica la parte doliente para poder actuar sobre ella. El dolor, al objetivar una parte de la subjetividad, permite tratar aquella parte sin atentar o violentar la subjetividad, de acuerdo con la tesis de Bakan<sup>696</sup> sobre la distalidad, expuesta más arriba. Se trata del mismo lenguaje del

Evangelio de San Mateo que dice: *Si tu mano te hace pecar, arráncatela*. Dicho de otra manera, si una parte de tu cuerpo se ha desvinculado de ti mismo puedes tratarla y repararla en el caso de la medicina, actuando con medios que en otras circunstancias no podrían utilizarse en un ser humano (quizá tampoco en los animales).

### Las parestesias

Plügge<sup>681, 739</sup> ha hecho un análisis muy detenido de las parestesias. La parestesia es un síntoma al cual el neurólogo daba una explicación causal neurofisiológica. Pero, para el enfermo, adquiere un significado peculiar. El dedo o la mano están "como muertos", o "dormidos".

Las parestesias son también frecuentes en los pies. Los enfermos se quejan de sensaciones de frío paroxístico o persistente, pero siempre anómalo. Las criestesis pueden complicarse, generalizarse con otras disestesias térmicas.

### El lenguaje del cuerpo en la clínica cotidiana

Con todo ello volvemos a la perspectiva dualista, al **dualismo de la enfermedad**, que si algún sentido tiene es el de la esperanza, falsa, de un alma que sobreviva, se enfrente, a un cuerpo, vivo muerto.

Por eso el lenguaje del enfermo se altera a veces profundamente, se vuelve monosemántico o simplemente impreciso, sustituye un término aplicable al cuerpo como objeto por una cualidad del cuerpo como sujeto, o viceversa. Dupré<sup>757</sup> y poco más tarde Blondel<sup>570</sup>, repararon en sus publicaciones respectivas sobre las cenestopatías en el hecho que los enfermos utilizan un sinfín de metáforas para describir sus síntomas (como "dolor sordo", "dolor lento", "dolorimiento", "redolor") y llegaron a la conclusión que la información nerviosa corporal está intacta y que lo que falla es lo que llama la "acción eliminadora" de la intervención favorable del lenguaje.

También señala Leder<sup>482</sup> que el lenguaje interoceptivo, a diferencia del exteroceptivo, se acompaña siempre de una gran carga afectiva, lo cual se debe a lo que hemos reiterado en estas páginas, que la vivencia corporal no es emocionalmente neutra. La distancia entre lo percibido y el que percibe desaparece en la interocepción, en la que lo percibido es mi cuerpo, o por mejor decir, a mí mismo.

Plügge<sup>697</sup> se ha interesado por la expresión verbal de los enfermos. Parte de considerar que en la mayoría de las lenguas indo-europeas hay dos formas verbales, una activa para referirse a la acción o la actuación y otra pasiva para el sentirse afectado o conmovido. Sin embargo el uso cotidiano no concuerda con una dicotomía tan radical, la cual por otra parte no es equivalente en todas las lenguas. Plügge pone el ejemplo alemán de "*Ich friere*" 'yo congelado' para decir "estoy helado" y en castellano hay que tener en cuenta las dos formas del verbo copulativo, ser y estar.

La forma activa indica algo intencional<sup>1758</sup>, señala algo que está frente a mí, una meta hacia la que tiende el sujeto. La forma pasiva se dirige al pasado, al motivo, causa o ocasión de lo que me hace sentirme afectado. La forma activa indica un estado, algo permanente, algo que está disponible, latente.

El uso del reflexivo para sustituir a la forma pasiva, por ejemplo "congelarse" indica una separación, una distancia entre el yo y lo que el yo siente y, en nuestra opinión, es la expresión de un dualismo latente, entre el sujeto, el yo que siente y el cuerpo que esta helado.

Por otra parte, la forma verbal reflexiva se construye sin sujeto, "congelarse" lo cual la convierte en un forma de expresar el modo como uno se encuentra, como le afecta algo, para todo lo pático, las causas ajenas, de aquello que nuestro cuerpo vivencia como originado desde fuera, que de alguna manera vive como impuesto. En las lenguas latinas se consigue el mismo sentido con el verbo haber y en castellano con tener, "*j'ai froid*", "tengo frío" es lo mismo que "sentirse congelado". En todas estas formas subyace a la vez un estado pasivo, un encontrarse, y un principio de acción, de comportarse (en alemán *Gehaben*). Siguiendo a Buyten-dijk<sup>759</sup>, Plügge recuerda algo a lo que nos hemos referido a menudo en estas líneas, que todo acto perceptivo es a priori un sentirse, y que lo mismo puede aplicarse al tener.

Se establece así una dialéctica antropológica entre el tener (tristeza por ejemplo) y ser tenido (por la tristeza). Esta dialéctica está presente en las expresiones castellana "morir" y "morirse" o francesa "*je meurs*" y "*je me meurs*".

El niño pequeño que padece una enfermedad cardiaca no percibe su corazón y los síntomas de esta son del tipo de cansancio o de ponerse en cuclillas. Sólo al llegar a la adolescencia el niño es capaz de percibir los latidos, la opresión y el dolor precordiales y a partir de ese momento es consciente de que tiene un corazón, pero al mismo tiempo, el corazón le tiene a él. Lo mismo le sucede al adulto que tras enfermar dice al médico, "hasta ahora no he sabido que tenía un corazón" y ese descubrimiento se vivencia como extraño y amenazante<sup>739</sup>.

Pertenece pues a la condición humana el poder comportarse consigo mismo, con su corporalidad, como había señalado Marcel<sup>647</sup>, y con sus partes, como se observa en la clínica.

Los casos extremos de la desincorporación se producen en la anosognosia en la que el miembro afectado se vivencia como extraño, como un objeto, como algo que pertenece a otra persona.

Hay otra forma de expresarse que utiliza el verbo "devenir" (*werden*) que no recurre en alemán a la forma reflexiva aunque si el castellano ("volverse"), que implica una futurización, pero también al hecho que algo se hace presente, que puede aparecer tras un periodo latente como cuando los

síntomas de una gripe se van manifestando de una manera cada vez más pregnante tras un periodo de incubación.

El lenguaje referido a corporalidad y sus partes en la enfermedad es variado. Recurre a las formas activas, pasivas y reflexivas, tienden a la desaparición del sujeto ("*el dolor no es de nadie*", Pemán<sup>754</sup>), se establecen en torno a la dialéctica del tener y ser tenido, desde una perspectiva que incluye el futuro y un hacerse presente. Se trata de un lenguaje borroso, falto de claridad, arbitrario e inconsistente, por el hecho de que la persona enferma se enfrenta, de pronto, a algo antes ignorado y no problemático, una vivencia corporal que había sido silenciosa y segura, un cuerpo hasta entonces portador (*tragende Leib*,<sup>698</sup>) y al mismo tiempo confluencia del sujeto con el mundo (*welthaftes Leib*,<sup>699</sup>). Por eso se trata de un lenguaje imposible, metafórico, aun no articulado, resbaladizo, que no puede cuantificarse, que ha de recurrir a adjetivos porque no se trata de cosas que puedan referirse mediante sustantivos, a veces tan indeterminadas que el enfermo no alcanza a expresar otra cosa que un "no sé qué me pasa Dr." o un "tengo algo y no sé lo que es" porque en el fondo con el "bienestar" y el "malestar" se agota el lenguaje<sup>760</sup>. Para Plügge<sup>697</sup> la corporalidad tiene algo de mediático, y a esto se debe que muchas veces se utilicen las mismas expresiones para referirnos a nosotros mismos y al mundo, por ejemplo, cuando hablamos de un paisaje triste o que tengo un día luminoso.

### Ser y estar

La dialéctica y los problemas planteados por Plügge y otros se reflejan en los problemas que han creado las reglas para la utilización de los verbos copulativos castellanos ser y estar. Las razones del fracaso para encontrar una norma gramatical bien definida se deben, en nuestra opinión, en que se trata de verbos que hacen referencia a dimensiones antropológicas básicas en torno al cuerpo (corporalidad) y su carácter de mundanal y portador (*welthaftes tragende Leib*, Zutt<sup>699</sup>) difíciles de concretar en normas gramaticales útiles en la primera enseñanza o en la enseñanza del castellano a los que no son nativos de él. En cualquier caso, la utilización de uno u otro verbo no presupone una ambigüedad ya que no son intercambiables entre sí y cuando un verbo sustituye al otro, incluso en la frase más sencilla, el significado cambia profundamente. No es lo mismo ser bueno que estar bueno.

Desde el punto de vista etimológico, las formas del verbo ser provienen de dos verbos latinos: *esse* 'ser', 'estar' y *sedere* 'estar sentado'<sup>761</sup> sentido este último que fue modificándose a lo largo de varios siglos pasando a significar primero estar y luego ser. El significado primitivo de *esse* era 'existir', pero paulatinamente se fue restringiendo hasta quedar casi reducido a la de mera cópula entre el predicado nominal y su sujeto.

Estar deriva del latín *stare*, 'estar en pie', 'estar firme', 'estar inmóvil'<sup>761</sup>, aunque su significado original era 'colocar', 'hallarse o estar de pie', su uso en castellano ha ido derivado

hacia el significado de encontrarse o existir de una manera determinada, que viene especificada por el vocablo que, necesariamente sigue al verbo.

Ser denota la esencia, por eso el ser por antonomasia es Dios ("Yo soy el que soy"), de lo que se ha deducido que ser es lo permanente, mientras que estar sería lo transitorio. Uno puede ser un enfermo (crónico) o estar enfermo (de una dolencia aguda). Sin embargo son muchos los ejemplos en lo que esta regla simple no se cumple: ser virgen o ser médico o estar muerto o enterrado, aunque en el caso de ser médico se es para toda la vida y para el creyente y al que pertenece a un país cristiano, que cree en la resurrección de la carne, la muerte no es definitiva.

Todo esto ha llevado a abundantes y profundas disquisiciones que en resumen vienen a concluir que:

Ser se utiliza a veces con el sentido de aparecer de pronto en la conciencia ("teme ser descubierto"), de hacerse presente ("es que no quiero"), de comienzo de una historia, una realidad o circunstancia ("erese una vez...", "erese un hombre a una nariz pegado...")<sup>762</sup>. El verbo ser establece una descripción de lo que se considera como estable, perenne o permanente o absoluta. Se trata de una definición, por lo que se ha dicho que es un verbo semánticamente vacío, un verbo copulativo puro, una fórmula matemática en la que  $A=B$ . Por eso es el verbo adecuado para la formulación de predicados que aplican de un modo concreto y directo a un individuo u objeto ("fulano es rubio", "la mesa es de madera"), como verdades absolutas. Estar se refiere a las cualidades accidentales y transitorias, a veces voluntarias en cuyo caso se conjuga en reflexivo ("estarse quieto"), a acontecimientos terminados aunque futuribles<sup>763</sup>, de tal manera que el ser es un devenir, un devenir personal ("el hombre es siempre el mismo, pero no siempre lo mismo", Kant)<sup>460</sup>. Un aspecto importante es que el estar lleva a un acontecimiento en el pasado que es el que lo origina<sup>762</sup>. El estar enfermo es consecuencia de haberse puesto enfermo, de haber contraído una enfermedad, a algo ya terminado pero futurible<sup>763</sup>.

Los predicados propios del verbo estar se refieren a estados o episodios e implican, por tanto, cambio o limitación espacio-temporal. El verbo estar tiene una estructura temporal y se requiere poner de manifiesto evento particular<sup>764</sup>. Estar se refiere a predicados perfectos, estar es un verbo que designa una acción delimitada, una realidad relativa, una descripción que se desvía de la verdad absoluta que describe el verbo ser y, en consecuencia, se le opone. El verbo estar describe lo inestable, en movimiento o en cambio, cuando algo que ya ha terminado tiene la oportunidad de transformarse. Así como el verbo ser tiene un carácter absoluto, el verbo estar puede ser sustituido por muchos otros verbos.

En el caso del verbo ser, el lenguaje se torna con gran facilidad en estigmatizador al considerar a la persona como un esquizofrénico, neurótico o subnormal de un modo absoluto y permanente. Este aspecto se acentúa si la diferen-

cia entre ser y estar se basa en distinguir cualidad y estado, en el sentido de que una predicación con ser es inherente al sujeto (ser español) e independiente del momento de la enunciación en tanto una predicación con estar aparece más externa al sujeto y válida sólo dentro de los límites de la enunciación (esta nacionalizado...).

## El enfermo-problema

Enfermo-problema no lo es sólo por presentar dificultades diagnósticas o terapéuticas, sino porque en él se presenta una disparidad entre sus síntomas subjetivos y signos objetivos, entre su cuerpo como sujeto y su cuerpo como objeto. En la mayoría de los casos, los resultados objetivos de la exploración son negativos y, sin embargo, él se siente enfermo. Un médico que se sometiese estrictamente a los principios científico-naturales de la medicina tendría que negar muchas veces la realidad de la enfermedad, ante la disparidad entre el cómo se encuentra el paciente y los hallazgos de la exploraciones, entre síntomas y signos. Por eso, el médico también valora, diagnóstica, pronostica y trata este *encontrarse* enfermo. De ahí la pregunta "¿Cómo está Vd.?". La salud se manifiesta por la ausencia de síntomas, por el silencio corporal y por un sentimiento positivo de salud, de bienestar corporal en muchas ocasiones tras el cese de un malestar corporal.

Este trasfondo de malestar que, sólo en un momento determinado se vive de un modo concreto, es precedido por otro en el que el estar se está transformando en *disestar* o en franco malestar.

## La reificación o cosificación del cuerpo

Esta dialéctica entre el tener y el ser tenido establece una distancia *objetivadora*<sup>697</sup>, o *distalidad*<sup>696</sup> con el órgano que duele o que se manifiesta en forma de un síntoma cualquiera. Se trata de una *desincorporación* a la que el enfermo suele referirse con expresiones del tipo de "se me ha vuelto tonta la pierna".

Es precisamente esta reificación la que permite al médico actuar sobre el cuerpo enfermo. En la vida cotidiana el acceso al cuerpo de los demás es limitado y está regulado por normas muy rígidas (darse la mano, por ejemplo). En cambio, toda actuación clínica fuera de esa circunstancia sería delito: abrir el vientre, extraer una víscera, proporcionarle un fármaco (veneno en su sentido antiguo), o una privación de un derecho o como menos una mala educación.

Dörr y Tellenbach en un estudio fenomenológico detallado de un enferma en un estado de estupor melancólico y de la falta de reciprocidad del encuentro con la paciente llegan a la conclusión que lo nuclear de la depresión es lo "cremático". En sus propias palabras:

*"Chrema era para los griegos un objeto inservible y exactamente lo opuesto a la physis, que en este caso*

*correspondería al cuerpo vivido (Leib). El cuerpo depresivo está más cerca del Körper, del cuerpo objeto, que del cuerpo sujeto, intencional y dirigido al mundo (welthafter Leib, de Zutt<sup>615</sup>). Quizás por eso producía en nosotros una sensación nauseosa, como la que se experimenta frente a un cadáver en la mesa de autopsia. Este carácter de cosa que irradia la presencia casi puramente material de la paciente estupefata se hace también evidente en su disponibilidad. Podríamos resumir la experiencia diciendo que su mirada se escondía detrás de los ojos y que su espíritu se había hundido en el cuerpo"<sup>662, 663</sup>.*

## La forma y el aspecto

Existe un grupo de enfermos que sufren enormemente porque les resulta insoportable el carácter revelador que tiene su cuerpo. El caso más frecuente se produce en el trastorno dismórfico corporal, siendo las formas menores como la eritrofbia relativamente frecuentes durante la adolescencia. En cierta patología de la sexualidad existe una confrontación entre imagen y personalidad, por ejemplo transvestismo y transsexualismo. También en alguna histeria gira la sintomatología en torno a esta problemática.

La concepción sartriana sobre la confusión de lo aplicado con el objeto, la vemos exagerada en la clínica cotidiana en el fetichismo, en las fobias y en el trastorno dismórfico corporal. También permite comprender como es inútil dirigir la acción del médico hacia el objeto, la nariz deforme sino a su significado. El primer punto de la estrategia psicoterapéutica es el de no hacer cuestión del estigma, sino del sentirse estigmatizado. El que padece un trastorno dismórfico corporal intenta ocultarse, o, mejor, teme que los demás le descubran, allí donde se encuentra, en su estigma.

En la anorexia nerviosa se da una confrontación entre lo que su cuerpo es y lo que las enfermas quisieran que fuera. No es sólo la figura corporal, ni el pretendido temor de maduración, sino un afán desmesurado de un cuerpo puro y perfecto. Es un afán apolíneo y ascético.

Estas enfermas son también el ejemplo de lo que sucede con otros enfermos que no consiguen dejar libre la espontaneidad que es propia a la vida. Estas adolescentes viven pendientes de la regulación de su organismo que ha de ser exacto y preciso. Han de comer poco para no sentirse embotadas después y su colon debe manifestar diariamente su funcionamiento. De un modo análogo, los impotentes están pendientes del comportamiento de sus órganos genitales. Otros enfermos hipocondríacos viven con su atención puesta en la frecuencia de su pulso, o de la pesadez de sus digestiones o del ritmo de sus evacuaciones. El toxicómano y el alcohólico no soportan lo que supone su cuerpo, limitado y concreto, y buscan en la embriaguez la anestesia de su vivencia corporal.



## El interior y la intimidad

Tomando como referencia el propio cuerpo se puede distinguir el espacio interior en una doble perspectiva, la de sus dimensiones físicas y la de sus cualidades vitales. Existe un interior anatómico, quirúrgico y una interioridad o intimidad. Hay un interior que podemos ver, palpar, escuchar o manipular. Es lo que cotidianamente hace el médico con sus enfermos, buscando sacar a la luz las enfermedades ocultas, desentrañar los secretos de una patología. Para ello puede recurrir a la inspección, o a una auscultación que es tan penetrante que utiliza como instrumento un estetoscopio, es decir, un instrumento para mirar, o, como ejemplo más claro recurrirá el cirujano a rasgar la superficie del cuerpo y exponer las vísceras a su mirada.

Rovaletti se ha ocupado de tema de la interioridad<sup>765</sup> y criticado los postulados dualistas porque no le queda más remedio que considerar una conciencia encerrada en el cuerpo y por lo tanto una *corporeidad disimulante* y una *interioridad disimulada*<sup>766</sup>. Por eso ha podido afirmar Merleau-Ponty que "no hay hombre interior"<sup>77</sup> y que el interior y el exterior son inseparables. "Todo el mundo está en el interior y todo yo estoy al exterior de mí".

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

Esta manera de desentrañar, separando los diversos órganos y partes del hombre, realmente no descubre el verdadero interior. Abrimos el abdomen y vemos el hígado. ¿Qué es lo que vemos en él? Su exterior. La seccionamos y ¿qué descubrimos? La superficie del corte. Y así, paso a paso vamos buscando, provocativamente, un interior que antes de ser alcanzado se nos ha hecho exterior. Esta manera de desentrañar la denomina Heidegger *herausfordernde Entbergen*, que es una forma de descubrir (*Entbergen*) provocadora, desafiante, retadora, que obliga a la naturaleza a entregarse, simplemente exteriorizar.

Cuando decimos que tal persona en su fuero interno piensa esto, o que tiene una vida interior rica, o que interiormente se alegra, o sencillamente que la "procesión va por dentro", nos referimos a otras entrañas. Son las mismas que al profeta le hacían clamar "desde lo profundo". Cuando la madre alude al hijo de sus entrañas alude a algo más que al hecho de haberlo llevado nueve meses en su seno, lo mismo que el amigo entrañable puede estar lejano, o ya muerto. Esta interioridad que llamamos también intimidad, no puede ser descompuesta en partes como la anterior. No podemos describirla a base de exponerla a la luz, tendremos que solicitar que ella misma se nos revele, tendremos que, reverencialmente, solicitar que se abra a nosotros, como uno abre su corazón a un amigo íntimo, amigo entrañable, amigo del alma. También es tarea del médico, y en esto se diferencia ya radicalmente del anatómico o anatomopatólogo,

descubrir este interior de sus enfermos. Es lo que Heidegger llama *herausbringende Entbergen*, y que podemos traducir por descubrir liberando, **desvelar**. Es lo que hacemos todos los días cuando le decimos a un enfermo ¡cuénteme...!.

Algunos enfermos buscan desesperadamente que la cirugía les libre de sus males interiores y a menudo logran su propósito de pasar por el quirófano para, insatisfechos, continuar intentándolo indefinidamente. Jiménez Díaz los llamaba polituados. El caso extremo es el síndrome de Münchhausen o Munchausen, caracterizado por peregrinaciones interminables por servicios clínicos y una historia de intervenciones inútiles o al menos fútiles.

## Sexo y género

Hay en estos tiempos una cierta confusión en la utilización de los términos sexo y género, que conviene aclarar.

Sexo es una característica biológica que diferencia a varones de hembras en los animales y a varones y mujeres en la especie humana. Se corresponden con los vocablos griegos *ἀνδρός* (*andrós*) y *γυνή* (*gunē*) y latinos *vir* y *femina* o *mulier*. La palabra hombre, originalmente especie humana, en griego *ἄνθρωπος* (*anthropos*) y en latín *homo* ha ido adquiriendo el significado de varón, en un proceso de desvalorización de la mujer, sometida al varón como expresaba el latín *uxor*, que significa a la vez la hembra y la esposa. El hecho fundamental es todos los grupos sociales esperan comportamientos diferentes de las personas de cada sexo, las cuales por su parte reciben tratos también distintos.

Género originalmente es una característica gramatical. Puede ser masculino o femenino. Sin embargo, en los últimos tiempos ha ido adquiriendo el significado de "conjunto de convenios mediante los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y el modo como esas necesidades transformadas se satisfacen"<sup>767</sup>. La OMS considera al género como el conjunto de roles, comportamientos, actitudes y atributos que una sociedad determinada considera adecuados para varones o mujeres<sup>768</sup>.

Esta transformación está justificada por el hecho que el papel sexual está en gran medida condicionado por actitudes y comportamientos estereotipados en un contexto social, desarrollados por una importante presión educativa<sup>98</sup>. Por otra parte, el término género cada vez se utiliza más para describir una tipología y comportamiento asumidos por pertenecer a la propia identidad o adquiridos por decisión personal.

El término se utiliza como alternativa a sexo (biológico) para subrayar que los roles, comportamientos, actitudes y atributos no están determinados y menos aun impuestos por estereotipos culturales, determinismos biológicos y menos aun por una disposición morbosa, con la meta de no estigmatizar ninguna forma de orientación, identidad o práctica

sexuales ni de someterlas a normativas éticas sobre lo que es natural, bueno o sano y menos aun a restricciones legales.

En resumen, la identidad y el comportamiento son el resultado de una disposición (biológica, temperamental) modelada por influencias sociales y culturales y por factores individuales, conscientes o inconscientes, que configuran el carácter y los estereotipos, con la cuales el sujeto se siente con derecho a identificarse o no. El hecho es que la correspondencia entre cromosomas, caracteres sexuales biológicos (primarios o secundarios), orientación e inclinación sexuales, papel social, comportamiento e identidad sexuales no son unívocas. De ahí los estados intersexuales, las variantes de la orientación, inclinación, comportamiento e identidad sexuales y sus formas morbosas.

### Otros trastornos de somatización

Los trastornos de somatización son los herederos de la hipocondría y de la histeria. La noción de reacción de conversión y, en general toda la patología psicósomática nació aplicando el esquema de Freud, según el cual conflictos psíquicos se transformaban, "se convertían" en síntomas somáticos como parálisis, anestias o ataques. La enfermedad era así la expresión de un conflicto del inconsciente.

La reacción de conversión tiene dos características importantes: se establece a través del sistema nervioso de la vida de relación y tiene un simbolismo (que es análogo al de los sueños). Por ejemplo, la parálisis evita tener que hacer algo que el enfermo, inconscientemente, rechaza.

Aunque algunos discípulos de Freud como Jelliffe<sup>769</sup>, Groddeck<sup>770</sup>, Ferenczi<sup>771</sup> y Garma<sup>772</sup> se refirieron a reacciones de conversión en las que intervendría el sistema nervioso vegetativo, fueron Alexander<sup>773</sup> y sus discípulos de Chicago los que aplicaron este modelo a todas las enfermedades psicósomáticas. En este caso, reacción a la que llamaron **psicosomática o psicofisiológica**, tenía lugar a través del sistema nervioso autónomo (vegetativo) y carecía de un simbolismo inconsciente. Era el correlato vegetativo de las emociones.

Sin embargo, estos postulados caen por su base. La reacción de conversión no es algo específico y no se diferencia de lo que sucede cuando en cualquier ser humano, un pensamiento se convierte en acto o una emoción se acompaña de un correlato vegetativo. Dice Nemiah<sup>774</sup>:

*Una mujer durante una relación sexual, bajo la influencia del deseo sexual sentido conscientemente ejecutará de un modo voluntario y satisfactorio los movimientos adecuados para el acto sexual. Una mujer histérica, sin tener la experiencia consciente de un deseo de sensación sexual, tendrá una convulsión histérica durante la cual ejecutará todos los movimientos de la relación sexual sin darse cuenta de su significado. Lo que distingue a las dos mujeres no es la manera cómo su deseo sexual (un fenómeno mental) se convierte en los mo-*

*vimientos físicos del coito (un fenómeno corporal). La diferencia es que en la mujer histérica el proceso tiene lugar en un estado disociado fuera de su conciencia.*

Por lo tanto no puede aceptarse un concepto como el de la reacción de conversión. No hay nada que se convierta en nada, no hay conflictos que salten al cuerpo o se expresen a través de él.

En el borrador del DSM-V<sup>775</sup> el trastorno de conversión se denomina **Síntomas Neurológicos Funcionales** y está definido por la presencia de síntomas neurológicos que, después de una evaluación clínica adecuada, se consideraran incompatibles con una enfermedad médica general. Las manifestaciones clínicas son del tipo de debilidad, episodios pseudoepilépticos, síncope, movimientos anormales, síntomas sensoriales (entre ellos pérdida de visión o audición) o dificultades del habla o para deglutir. El borrador del DSM-V añade que aunque se detecten factores psicológicos asociados al inicio de los síntomas estos no son esenciales para el diagnóstico.

El limitarse a síntomas neurológicos obliga a crear categorías especiales para trastornos que tradicionalmente formaba parte de la histeria, por ejemplo, la pseudociesis.

¿Qué pasa entonces? ¿Hay alguna hipótesis patogénica alternativa? Creemos que sí.

En primer lugar ambos fenómenos son la consecuencia de una ansiedad padecida por el paciente. La ansiedad puede tener su origen en conflictos o en situaciones estresantes, ambos más o menos conscientes. ¿Qué papel juega el cuerpo en ambos casos?

En el caso de la histeria la clave está en la adopción por parte del enfermo de emociones vicariantes de la angustia y la consiguiente actitud interna<sup>262</sup> adoptada por él y su expresión motriz y comportamental. La adopción de sentimientos que no tiene la persona afectada da lugar a actitudes internas que parecen inauténticas pero que a ojos del enfermo no lo son: la actitud natural de los histéricos es la afectación<sup>746</sup> y por eso son capaces de vivir su propio teatro<sup>136</sup>.

En el caso de la reacción psicofisiológica o psicósomática, la explicación es más simple, se trata de correlatos vegetativos de las emociones.

Normalmente la parte activa (actitud) y la pasiva (interiorización del afecto) van al unísono, pero en otros no y la actitud interna se constituye con una cierta autonomía del yo que se manifiesta en forma de trastornos al comportamiento, de alteraciones de la expresión corporal. Para López Ibor<sup>34</sup> esta fisura en el sentimiento unitario y global de la vivencia corporal es la enfermedad misma:

*No es que haya una proyección somática de su estado emotivo, ni siquiera una reacción de conversión, sino que la enfermedad es una experiencia desintegradora*

y la aparición de la cenestesia morbosa, una forma de desintegración. La emoción morbosa, sobre todo la angustia morbosa, es, en el fondo, somatotrópica. En la amenaza de disolución de la unidad del yo, incluye la amenaza de la disolución del «yo corporal», que lleva a esa forma de disolución parcial que es la vivencia del trastorno neurótico.

Por lo tanto, los síntomas neuróticos y psicósomáticos no son sólo la expresión de mecanismos defensivos. Tienen en sí mismos un carácter híbrido, ambiguo en el sentido de Merleau-Ponty<sup>77</sup>. Por una parte expresan enfermedad y, por otra, son la enfermedad misma. Si un enfermo se angustia porque cree tener palpitaciones, las palpitaciones son expresión de su angustia, pero al mismo tiempo, son su angustia misma.

### La hipocondría

Para Plügge<sup>738, 739</sup> hay dos maneras de presentarse lo que llamamos hipocondría: actitud y modo de vivenciar. En la actitud subyace a una valoración exagerada de la significación del cuerpo, en el modo primario de vivenciar, un modo de estar presente desde el inicio de la enfermedad. Los enfermos lo describen como un malestar sordo, que crece, poco a poco, hasta convertirse en un sentimiento de plenitud. Szilasi<sup>776</sup> habla de la *pesadumbre* de la sensación. Es decir, de algo como un peso que se hubiera alojado en el hipocondrio. Entre esta vivencia hipocondríaca primaria y la actitud hipocondríaca hay todos los grados y modalidades que se pueda pensar.

Plügge señala con razón las relaciones intrínsecas que se establecen entre el *comportarse* y el *estar*, lo que equivaldría a la actitud interna y el sentimiento de Zutt<sup>262</sup>. Es frecuente observar en los enfermos cardíacos y no cardíacos, crónicos estados de malhumor, con una motórica monótona y una fatigabilidad peculiar, que reflejan que el mundo se ha vuelto intransitable.

Wulff<sup>777</sup> distingue, en principio, dos formas de hipocondría, una relacionada con la melancolía endógena y otra psicógena, pero, una vez más, el dualismo jasperiano y schneideriano resulta insuficiente para describir los fenómenos que se presentan en la clínica y se ve obligado a añadir una tercera, de hecho la más importante, en la cual el concepto de psicógeno no resulta adecuado. Se trata de enfermos sin grandes problemas en su vida cuya sintomatología recuerda a las depresiones hipocondríacas de edades avanzadas, en las que falta el carácter agresivo de las formas claramente psicógenas y tienen un fondo angustioso. Para nosotros en muchos casos la propia preocupación sobre los síntomas, su cronicidad, los hallazgos dudosos de exploraciones reiteradas o la información ambigua que el médico, inseguro, pudiere proporcionar son elementos importantes para la cronificación iatrogénica de estos estados.

Muchas veces da la impresión de que el hipocondríaco utiliza su cuerpo como forma de comunicación, de expresar

su fracaso ante situaciones vitales que no logra afrontar, de ahí que se les considere que el trastorno es de origen psicógeno. En los "dolores" de las persona con hipocondría se aprecian reproches o peticiones de perdón, o ambas cosas a la vez. Lo curioso es que con gran frecuencia este proceder encuentra eco en algún familiar que si acompaña al enfermo a la consulta, actúa de caja de resonancia, subrayando las quejas y recordando las que hubiera podido olvidar. El comportamiento hipocondríaco necesita un espectador<sup>707</sup>, un interlocutor diríamos nosotros.

Lo que caracteriza al hipocondríaco no es sólo su preocupación por su cuerpo o la presencia de sensaciones interoceptivas vagas que vive como amenazadoras. Ruffin<sup>778</sup> ha descrito como en la enfermedad se combinan ocultación, inquietud y percepción referidas al cuerpo en forma de una actitud pasiva observadora, atenta y reflexiva ante el propio cuerpo, que dista mucho de la actividad propia de la vida en la relación natural, no problemática, entre cuerpo y mundo. La hipocondría puede convertirse en una actitud vital más o menos duradera, que puede definirse como estados de ánimo, temores o pensamientos cargados de preocupación por la pérdida o ausencia de la integridad corporal, si entendemos por integridad tanto lo estructural como lo que afecta al funcionamiento, y lo que esto implica para la aparición de futuras amenazas.

Hay casos en los que los síntomas comienzan de un modo súbito si relación con posibles molestias ni acontecimientos de relevancia clínica y es precisamente el factor sorpresa el que hace que un vértigo, una taquicardia, un movimiento intestinal inesperados se conviertan en el núcleo de una cristalización hipocondríaca. López Ibor ha descrito con detalle como muchas veces la sintomatología neurótica se origina a partir de una "reacción cristalizada"<sup>121, 634</sup>. En el caso de la hipocondría en la base de esta está el hecho de que, de pronto, el cuerpo silencioso ha dejado de serlo, se vuelve problemático y el enfermo recurre a él como medio de comunicación<sup>777</sup>, los órganos entonan su propio lenguaje en un esfuerzo no tanto por expresar situaciones difíciles de afrontar o como manifestación de conflictos más o menos inconscientes, sino como el esfuerzo por buscar una seguridad frente a posibles enfermedades y sus consecuencias. El cuerpo, de pronto, aparece en la conciencia como un obstáculo frente a un proyecto vital, se vuelve una amenaza y recuerda la contingencia de la propia existencia y la necesidad de incorporar la muerte a la vida ("*sucht den Tod in das ganzes Leben einzubeziehen*"<sup>779</sup>). Por eso Wulff considera que la hipocondría, lo mismo que la enfermedad obsesiva o los desarrollos sensitivos del carácter, pertenecen a las "grandes crisis de confianza", que lo son por cuestionar de una manera muy específica, ambigua, nuestro comportamiento hacia los otros y hacia el mundo. Se trata de una crisis del cuerpo como sostén<sup>698</sup>. Para Wulff estas situaciones son más frecuentes en los varones de edades medias y serían una manifestación de la "crisis de los 40 o los 50".

En la CIE-10<sup>122</sup> el trastorno hipocondríaco es definido a partir de la preocupación persistente de la posibilidad de

tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico. Con frecuencia el enfermo valora sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales y molestos, centrando su atención, casi siempre sólo sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo.

En el trastorno hipocondríaco suelen estar presentes ansiedad y depresión intensas, lo que puede justificar diagnósticos adicionales. También destaca la CIE-10 los miedos a la aparición de una o más enfermedades (nosofobia).

Entre los criterios diagnósticos destaca, además de la creencia persistente de la presencia de una enfermedad somática grave, o una preocupación persistente sobre una supuesta deformidad, la negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad somática.

En el DSM-IV-TR<sup>123</sup> la hipocondriasis está definida por la preocupación de tener, o la idea que uno tiene, una enfermedad grave, basándose en una interpretación errónea de síntomas somáticos. Un segundo criterio es que la preocupación persiste a pesar de evaluaciones médicas (negativas) y tranquilización (por parte del médico). Es de señalar que el DSM-IV-TR excluye las preocupaciones por el aspecto, lo que significa que no considera al trastorno dismórfico corporal como un trastorno hipocondríaco, lo que nos parece lo más correcto de acuerdo con los conocimientos actuales.

En el borrador del DSM-V se propone dar un nuevo nombre a los trastornos somatomorfos, que pasarían a llamarse **trastornos con síntomas somáticos**. Debido a que el trastorno de somatización, la hipocondría, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno de dolor comparten características comunes, en concreto la presencia de síntomas somáticos y las distorsiones cognitivas se propone subsumirlos en una nueva categoría de **trastorno complejo de síntomas somáticos**.

Otra propuesta es la supresión de la hipocondría y la adición de trastorno de ansiedad por una enfermedad (*Illness Anxiety Disorder*), caracterizado fundamentalmente por la preocupación de tener o llegar a tener una enfermedad grave en ausencia casi total de síntomas somáticos, lo cual se acompaña de un comportamiento en consonancia (por ejemplo, chequeos reiterados) o una evitación desadaptativa (por ejemplo, no viajar lejos de su médico).

### *Despersonalización y desrealización*

Fuchs<sup>780</sup> ha puesto en relación la desrealización y la despersonalización con la pérdida de resonancia sentimental de los estados depresivos cuyo exponente máximo son los delirios nihilistas del síndrome de Cotard, en el que los enfermos han perdido sentidos y sentimientos y se ven vacíos, incluso

muertos, con un sufrimiento al que no puede consolar la venida de la muerte y el verse obligados a vagar "como alma en pena". Además, esta sensación de desvitalización la perciben también en los demás, que a veces les parecen malos actores.

### *Cenestopatías*

Dupré introdujo el término *cenestopatía* en la psiquiatría francesa como "*la alteración morbosa local de la sensibilidad común en la esfera de la sensación general que se corresponde con la alucinosis en la esfera del sensorium*"<sup>757</sup>. Para Dupré, el concepto de cenestopatía incluye un amplio abanico de quejas somáticas que resultan de una alteración combinada de la imaginación y la emoción<sup>781</sup>. A partir de ahí se propusieron dos grandes grupos de cenestopatías, "dolorosas" y "parestésicas", y cada una de ellas se dividió en cefálica, torácica y abdominal. Los pacientes del primer grupo sentían sus órganos "estirados, desgarrados, retorcidos" y los del segundo experimentaban picores, hiperestesias, parestesias, etc.<sup>360</sup> El síndrome nunca fue aceptado por la psiquiatría anglosajona, que recalificó a lo largo del tiempo estos síntomas como hipocondría, neurastenia o trastorno dismórfico corporal<sup>782</sup>.

### *La esquizofrenia cenestésica*

En la esquizofrenia sucede lo contrario que veremos que sucede en la depresión en la que hay una reificación del entorno. En la esquizofrenia y en otros cuadros delirantes, en especial en el síndrome de Capgras son los demás los que se han extrañado del mundo social, lo que les hace parecer autómatas, o muñecos ajenos al mundo social al que pertenece el enfermo<sup>783</sup>. Son vivencias que recuerdan a la descripción del Licenciado Vidriera de Cervantes<sup>784</sup>. En los casos extremos el sujeto se vivencia a sí mismo totalmente fuera del mundo común, aislado en su reino particular. En estos casos el cuerpo deja de ser la posibilidad y el medio de percibir y percibirse a sí mismo en el mundo, para convertirse en un mero objeto percibido<sup>785</sup>, se ha reificado (cosificado).

La esquizofrenia cenestésica como un subtipo del grupo de las esquizofrenias fue descrita por Huber en 1957<sup>786, 787</sup> a partir de un grupo de 50 enfermos, antes de la era de la psicofarmacología. El propio término de cenestesia significa que no se trata de enfermos que tienen actitudes hipocondríacas ni se trata de fenómenos delirantes, como son los que se engloban entre los síntomas de primer orden de Schneider<sup>135</sup> como "*todo lo fabricado por otro en el campo de la voluntad, impulsos y sensaciones*".

Las sensaciones corporales de la esquizofrenia cenestésica se acompañan de alteraciones afectivas importantes y de trastornos neurovegetativos, motores y perceptivos, mientras que los síntomas esquizofrénicos típicos se limitan a breves episodios psicóticos. Para Huber alguno de los cuadros descritos como *cénesthopathies* por Deny y Camus<sup>360</sup> correspondían a cuadro nosológico descrito por él.

Los síntomas corporales de los casos de Huber consisten en cada enfermo en una variedad de sensaciones cambiantes, errantes, en la superficie o el interior del cuerpo, que aparecen en forma de paroxismos y episodios recortados, asociadas a ritmos fisiológicos y fenómenos meteorológicos concretos y sujetos a influencias atmosféricas que tienen un carácter novedoso, extraño, peculiar, en parte bizarro que hace que el paciente tenga una gran dificultad para describirlas. Por eso los pacientes recurren a comparaciones, imágenes y neologismos.

Huber distingue tres niveles de cenestias, que pueden presentarse en un mismo paciente:

1. Sensaciones no características.
2. Sensaciones corporales cualitativamente peculiares y extrañas (cenestias *strictu senso*).
3. Alucinaciones corporales con el criterio de ser impuestas (síntoma de primer orden de Schneider).

Los tipos más frecuentes de cenestias son:

1. Sensaciones de entumecimiento y rigidez.
  - a. Despersonalización somatopsíquica: los pacientes experimentan su propio cuerpo, órganos y miembros como extraños o ausentes.
2. Sensaciones de debilidad motora, a veces en forma creciente.
3. Sensaciones circunscritas de dolor (perforación, corte, quemadura), de intensidad variable a lo largo del tiempo.
4. Sensaciones errantes, es decir, sensaciones corporales vagas fluctuantes, a veces tan penosas que pueden inducir al suicidio.
5. Sensaciones eléctricas.
6. Sensaciones térmicas de calor y frío, más o menos difusas.
7. Sensaciones de movimiento, tensión o presión en el interior del cuerpo o en su superficie.
8. Sensaciones de peso o liviandad anormal y vacía, hundimiento, levitación y elevación.
9. Sensaciones de disminución, contracción y constricción, o de aumento, extensión y elongación. Éstos ya son trastornos de la imagen corporal.
10. Sensaciones cinestésicas de movimientos de los miembros.
11. Sensaciones vestibulares (perturbaciones cualitativamente extrañas de la orientación y equilibrio corporal).
12. Sensaciones provocadas por estímulos acústicos, emocionales y táctiles (hiper o hipoestias), a veces sólo en un hemicuerpo.

Por lo general las cenestias se combinan con malestar, astenia y agotamiento crecientes y con síntomas afectivos que se presentan en dos estadios:

1. **Afectividad vivaz**, adecuada que puede aumentar hasta llegar a un estado de agitación ansiosa transitoria, a veces en forma de crisis.
2. **Afectividad indiferente e inadecuada**, dominada por

la apatía, el desinterés o un estado eufórico exaltado. El paciente está completamente cautivo por las sensaciones y el cuadro en su conjunto tiene claros rasgos psicóticos.

3. En algunos casos la alteración de la afectividad es irreversible, con una **afectividad empobrecida**, y los pacientes muestran un síndrome de defecto puro asténi-co-hipocondríaco.

Entre los síntomas neurovegetativos Huber describió taquicardia y bradicardia paroxísticas, taquipnea, hipo e hipersalivación, náuseas, vómitos, estreñimiento, enuresis nocturna, oliguria diurna, poliuria, incontinencia urinaria, y tenesmo, acrocianosis, dermatografismo, edemas, vasodilatación y vasoconstricción circunscritas, hiperhidrosis, piel grasa, alteraciones del ciclo sueño-vigilia y de la termorregulación, oscilaciones del peso, sensibilidad morbosa a los cambios meteorológicos y midriasis. Entre los síntomas motores destacan temblor fino, discinesias de las alas de la nariz, accesos tetaniformes y síntomas catoniformes.

A todos ellos se suman alteraciones cognitivas y del control de impulsos.

Para Huber este tipo de esquizofrenia tiene una etiología subcortical y dio gran importancia a la dilatación del tercer ventrículo puesta de manifiesto inicialmente mediante la neumoencefalografía<sup>788</sup> y más recientemente por otras técnicas de imagen<sup>789</sup> y por electroencefalografía<sup>790</sup>.

Es importante señalar que las cenestopatías en la esquizofrenia tienen como rasgo psicopatológico nuclear la manera en que los pacientes atienden a ellas y las captan. Lo hacen en un estado de conciencia hiperreflexivo y con un importante distanciamiento afectivo. El resultado final es pues una experiencia de extrañamiento incrementado entre la subjetividad y la experiencia corporal.

Otro aspecto a señalar es el hecho que muchas experiencias cenestopáticas eran inefables, indescriptibles, desafiaban la capacidad de representación verbal. Blonde<sup>1570</sup> incluso llegó a postular que alteraciones de la cenestesia eran el magma primordial que antecedía a la cristalización delirante, concepto muy similar a los expuestos por Conrad<sup>791</sup>. Para Ey<sup>792</sup>, las alucinaciones cenestopáticas implicaban la percepción del cuerpo como una entidad total o parcialmente vivida como una realidad externa, desvitalizada, en suma, inexpresable. Minkowski<sup>793</sup> ya había hablado precisamente de la desvitalización de la experiencia en la persona con esquizofrenia.

Los problemas de funcionamiento social de las persona con esquizofrenia pueden ser atribuidos a una disfunción de los procesos de identificación y diferenciación corpórea que permiten a la vez el conocimiento intersubjetivo a través de un alineamiento (*attunement*) cuerpo a cuerpo y una demarcación del mí mismo con los otros<sup>794</sup>. En la esquizofrenia hay alteraciones de mí mismo (*self*), de la conciencia corporal y de los síntomas característicos que son la expresión de

una desintegración del yo mismo, que han sido atribuidos a disfunciones del hemisferio derecho<sup>596</sup>.

Reilly<sup>795</sup> y Munro<sup>796</sup> ha descrito un cuadro al que denominaron **psicosis hipocondríaca monosintomática** y que en Japón se conoce a veces como *cenestopatía*<sup>797</sup>, que es una forma de trastorno delirante que suele presentarse en edades avanzadas. El síntoma principal son ideas delirantes en torno a una parte del cuerpo. El cuadro se ha asociado al trastorno dismórfico corporal, pero su naturaleza es claramente delirante. Por ejemplo una enferma de Mukai<sup>798</sup> comenzó con molestias orales en forma de dolor urente y acabó con la idea delirante de tener la boca y más tarde el rostro e incluso todo el cuerpo, deformados.

### La vivencia corporal en la depresión

En los cuadros depresivos, hay una alteración de la experiencia social e interpersonal que se manifiesta como una sensación de extrañeza, de sentirse dolorosamente separado de un mudo que sigue adelante sin el enfermo, que estos lo expresan diciendo que se encuentran atrapados o viviendo como en una burbuja de cristal, o que han caído al fondo de un pozo insondable<sup>799</sup>.

Dörr<sup>800</sup> ha llamado la atención sobre el hecho que ni el DSM-IV ni la CIE-10 apenas si mencionan entre los criterios diagnósticos de la depresión a las alteraciones de la vivencia corporal. En el DSM IV se hace referencia a la experiencia corporal sólo en forma indirecta en dos de los nueve criterios diagnósticos: el primero (ánimo deprimido) y el sexto (fatiga o pérdida de energía). Una referencia más directa la encontramos en la alusión al aumento o pérdida de peso (criterio número tres), pero a debemos reconocer que se trata de un síntoma inespecífico. En la CIE-10 no hay nada que haga referencia a la experiencia depresiva del cuerpo y su descripción clínica se limita a síntomas cognitivos (anhedonia, la falta de concentración y de autoestima, las ideas de culpa y la visión pesimista del futuro).

Sin embargo en Kraepelin<sup>801</sup>, en Eugen Bleuler<sup>802</sup> y sobre todo en el concepto de tristeza vital de Schneider<sup>135</sup> aparece una descripción de una alteración subjetiva de la experiencia corporal. En la década de 1960, Pfeiffer<sup>803</sup> llevó a cabo un estudio para identificar síntomas fundamentales de la depresión endógena válidos en culturas diferentes, llegando a la conclusión que estos eran sobre todo somáticos, en concreto los siguientes:

1. Un deslizamiento del estado de ánimo hacia el polo depresivo (estado "difícil de definir").
2. "La alteración de funciones vegetativas" como el sueño, el apetito y la libido.
3. "Sensaciones corporales anormales", como dolores, parestesias y presiones.

Esto significa que todos los síntomas que Pfeiffer consideró fundamentales, porque eran comunes a culturas tan

diferentes como la alemana y la indonesica, están ligados a la vivencia corporal.

Estudios en la línea de profundizar en la naturaleza de los síntomas somáticos de los cuadros depresivos llevados a cabo a finales de la década de 1960 y en la de 1970 impulsaron el concepto de **depresiones enmascaradas**<sup>804-806</sup>, es decir de cuadros depresivos con síntomas somáticos predominantes, que no solían acudir al psiquiatra y que eran un problema diagnóstico importante en la práctica médica cotidiana. De ahí derivó el interés por el estudio de los síntomas somáticos de la depresión e incluso de aquellos cuadros en los que la sintomatología sentimental estaba ausente, la "*depressio sine depressione*"<sup>807, 808</sup>, o sea los equivalentes depresivos<sup>809</sup>.

La melancolía ha sido descrita en términos fenomenológicos como una restricción, inhibición o rigidez del cuerpo viviente (corporalización, Fuchs<sup>810</sup>). La restricción puede afectar a áreas concretas del cuerpo (sentir como una armadura en el pecho) o como una rigidez corporal ansiosa o como una sensación generalizada de falta de energía y vitalidad y de no poder tirar del cuerpo. El cuerpo deja de ser el acceso al mundo para convertirse en un obstáculo y se entelenece las funciones fisiológicas. El cuerpo entra en un estado con ciertas reminiscencias de la hibernación. En los casos extremos la corporalización es un trasunto del cadáver<sup>810</sup>.

La restricción afecta al espacio circundante, el paciente deja de estar alerta, todo lo perciben mate, descolorido, lejano y la pasividad domina su senso-percepción. Al mismo tiempo hay una inhibición motriz y la postura es de abatimiento. El cuerpo se vuelve pesado, casi inerte y el mundo alcanzable sólo a costa de un gran esfuerzo. Los objetos ya no están a mano, simplemente están (haciendo referencia a los conceptos de Heidegger de *zuhanden* y *vorhanden*<sup>780</sup>). El cuerpo se ha convertido en una prisión, o volviendo a Platón y los gnósticos, una sepultura.

Por otra parte, como hemos mencionado más arriba, a través del cuerpo se manifiestan los sentimientos y a través del mismo nos hacemos cargo de los sentimientos de los demás. En la depresión se pierde pues la resonancia afectiva porque el cuerpo es en sí mismo resonante<sup>811</sup>. Esto se manifiesta por desinterés y en los casos más graves por no poder ni sentir tristeza, lo cual es un síntoma nuclear de los cuadros depresivos<sup>812</sup> que a veces se presentan como **melancolía anestésica**<sup>813</sup>.

Dörr ha llevado a cabo un estudio con el mismo objetivo que el de Pfeiffer, buscando la identificación de síntomas basales o nucleares que permitieran el diagnóstico de una depresión endógena en cualquier circunstancia, llegando a la conclusión que toda la sintomatología depresiva se ordenaba en torno a sólo tres fenómenos fundamentales<sup>814</sup>:

1. El cambio o perturbación de la experiencia de la corporal (*Befindlichkeit* en alemán), que abarcaba desde el decaimiento hasta las náuseas, pasando por la angustia,

la falta de fuerzas, los dolores musculares y la sensación de frío.

2. El cambio o perturbación del cuerpo operante, vale decir, de todas aquellas funciones que nos conectan con el medio ambiente y cuyos síntomas más característicos son la inhibición psíquica y motriz, la anhedonia, la incapacidad de tomar decisiones, la pérdida de la memoria, etc.
3. El cambio o perturbación de la temporalidad del cuerpo (distinta a la temporalidad de la existencia) y que en la práctica se manifiesta como alteración, inversión o suspensión de los ritmos biológicos. Esta alteración de la temporalidad había sido ya identificada por von Gebsattel<sup>707</sup>.

Un tercer estudio concordante es el que dio lugar a los "criterios vieneses" para la investigación de la depresión y a la descripción un "síndrome axial depresivo endogenomorfo" de Berner<sup>815</sup>, caracterizado precisamente por dos fenómenos fundamentales, la perturbación de la *Befindlichkeit* y la alteración de los ritmos biológicos. El síndrome de Berner es prácticamente idéntico al descrito por Dörr, sólo que él incluye en la perturbación de la experiencia del cuerpo a las distintas formas de la inhibición, que Dörr consideraba como un fenómeno independiente.

La dificultad de describir la vivencia del ánimo depresivo dio lugar a la descripción de un "*Melancholie-Gefühl*" (sensación de lo melancólico)<sup>662</sup>, al que nosotros ya nos habíamos referido en el mencionado estudio sobre las depresiones enmascaradas y los equivalentes depresivos<sup>809</sup>. En ambos casos se parodiaba el *Præcox-Gefühl* de Rumke, por cierto horriblemente traducido como "tufillo a esquizofrenia" o "me huele a esquizofrenia".

Ya hemos mencionado más arriba como Dörr y Tellenbach consideran que lo nuclear de la depresión es lo que han denominado como "cremático"<sup>662, 663</sup>.

## SEPTIMA PARTE: TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD

Antes de describir los trastornos de la identidad, en especial aquellos que afectan a la vivencia de cuerpo, es necesario revisar someramente cómo los seres humanos, y no sólo nosotros, nos identificamos con grupos que consideramos nuestros y como estigmatizamos, rechazamos y combatimos a aquellos con los que no nos sentimos hermanados.

## ORIGEN DEL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN

Lovaglia y cols., han publicado un artículo sobre el desarrollo social y la evolución humana que aclara mucho el tema de la identificación personal<sup>816</sup>. Para ellos la evolución humana es consecuencia de las presiones desencadenadas por la xenofobia que caracteriza a los primates desde hace varios millones de años. Hace unos seis millones de años tuvo lugar la última gran divergencia, la que se produjo entre el linaje homo y el del chimpancé, del que con posterioridad se desgajaron los bonobos o chimpancés pigmeos, *pan pa-*

*niscus*. El ancestro común a ambos linajes vivía en grupos organizados y ya era xenófobo, como se demostraba porque con frecuencia emprendía incursiones letales contra grupos de la misma especie. Los conflictos intergrupo y la cooperación intragrupo fue el motor de la evolución humana<sup>817</sup>, a lo que se sumó la bipedestación, que aumentó la posibilidad de formar nuevos grupos<sup>818</sup>.

En consecuencia, la presión evolutiva ha ido en la dirección de la selección de los individuos más capaces de liderar estas correrías, y de proteger al propio grupo de otros grupos. Así aumentó el tamaño de los grupos, mejoró su organización interna y la capacidad de distinguir a los miembros del propio grupo y de los de grupos ajenos y de la jerarquía de los individuos en el propio grupo. Hay que subrayar que este es el proceso que ha dado lugar a la progresiva encefalización de los homínidos, y no lo que antes se pensaba, que el cerebro creció como consecuencia de la necesidad de crear mejor herramientas ya que primates muy primitivos, con cerebros pequeños, son capaces de fabricar y utilizar utensilios.

La xenofobia entre grupos y la cooperación intragrupo, requiere un aumento tanto de la capacidad cognitiva como del repertorio emocional y así, el problema de reconocer quien es un ajeno que debe ser atacado o un propio que debe ser protegido ha sido el reto cognitivo para la supervivencia que ha conducido a la evolución humana, que en consecuencia no es únicamente biológica, también es social.

Hace unos cuatro millones de años los estreses ambientales para los homínidos eran muy escasos. Había abundantes recursos, pocos depredadores y la vida cotidiana debía de ser confortable. Entonces, la mayor fuente de estrés ambiental en los homínidos eran los propios homínidos, que al vivir en grupos cada vez mayores y más comunales tuvieron que desarrollar un repertorio emocional cada vez mayor. Así fue creciendo la cohesión en los grupos de la especie homo y al mismo tiempo así mismo la xenofobia hacia otros grupos, heredada de los primates

Esta hipótesis de Lovaglia y cols., explicaría el llamado oxímoron evolutivo de los homínidos que, a la vez cada vez cooperan más y son más tolerantes con los individuos del propio grupo, se muestran más intolerantes y beligerantes hacia miembros de otros grupos.

De acuerdo con la teoría de identidad social<sup>819, 820</sup> el sentido de uno mismo depende de la identificación con un grupo. Es decir la identidad de un grupo no es la consecuencia de la suma de las identidades de sus individuos, más bien es al revés, son los individuos que se identifican con un grupo determinado. Una vez que se ha producido la identificación los individuos atribuyen características agradables y deseables a los miembros intragrupo y repelentes y desagradables a miembros extragrupo. Aquí operan dos procesos distintos, uno de categorización, que es un fenómeno automático por el cual se definen categorías del propio grupo y de los aje-

nos y se identifican los individuos de uno y otros a partir de una cierta base para la discriminación, es decir, un estigma. El segundo proceso es el **auto-enardecimiento**, de acuerdo con el cual las características intragrupo se perciben como más agradables y deseables, al contrario de lo que sucede con las intergrupo.

El control emocional ha sido el que ha permitido la evolución de la capacidad productiva mediante jerarquías sociales cada vez más complejas basadas en la colaboración y no en la competencia, de tal manera que el estatus social se ha ido basando cada vez más en las contribuciones del individuo al grupo que no en el dominio de otros miembros del grupo.

De acuerdo con la **teoría de las características del estatus**<sup>821</sup> el grupo da más valor a las iniciativas de los miembros más competentes y con más probabilidades de contribuir al éxito del grupo. Además, cuando la meta está clara la jerarquía es más eficaz. Un rango social elevado en las sociedades de primates y de humanos conlleva beneficios como son el acceso a recursos, el éxito reproductor y una mayor longevidad porque el grupo los considera valiosos y los protege. La presión evolutiva va en la dirección de la adquisición de una mayor capacidad mental y de manipulación social y por lo tanto de cerebros de mayor tamaño y las sociedades se hacen más igualitarias porque incluso los grupos pequeños tienen más capacidad de huir de vecinos amenazantes. En cualquier caso los grupos compuestos de individuos de mayor capacidad cognitiva son los que mejor han sobrevivido.

En el curso de la evolución se han presentado dos variantes culturales<sup>822</sup>. La primera está constituida por sociedades dominadas por varones, de jerarquía rígida, organizada en clanes y muy aguerrida, como son las sociedades de chimpancés. Son grupos que tienen un núcleo geográficamente estable al que se pueden incorporar hembras de otros grupos con un papel de subordinación. En ellas la amenaza de conflictos intergrupo aumenta la influencia de los varones y la jerarquía social.

La segunda está compuesta por clanes formados alrededor de hembras. Al emparejarse, los varones se incorporan a un nuevo clan en el que tienen poca influencia pero mantienen sus lazos con su clan de origen en el que conservan y desarrollan una considerable autoridad. Este tipo de sociedades dan lugar a una alternativa igualitaria que se hizo posible al crecer el cerebro. Se trata de sociedades más estables, eficaces y libres de conflictos, sociedades de cazadores-recolectores que pudieron sobrevivir unos 300.000 años. Hace unos 15.000 años creció la complejidad, se produjo un sedentarismo y una superabundancia de recursos en la transición hacia las sociedades agrícolas. En ellas aparece un gran control social, uno de cuyos mecanismos es la ridiculización pública, el ostracismo.

Cabe recordar aquí como en las unidades de psiquiatría las personas con anorexia forman enseguida un grupo cerrado, a veces un auténtico grupo de presión o como Internet

que incita a la identificación y fortaleza de un grupo que con facilidad desarrolla un proselitismo a veces cercano a la psicología de las sectas.

## EL PROCESO DE ESTIGMATIZACIÓN

Una consecuencia del proceso de identidad social es que el grupo puede a su vez designar quien pertenece al grupo propio y quien no, a partir de ciertas características biológicas, psicológicas, comportamentales o incluso costumbres. Los rasgos faciales judíos, la ascendencia, el grupo sanguíneo Rh, la religión, el comer o no comer cerdo, el color de la piel, la lengua o cualquier otro rasgo puede ser un estigma que identifique a una persona o a un grupo como extranjero", objeto de xenofobia.

La palabra estigma se utiliza para referirse a cualquier signo corporal designado para manifestar algo frecuente o malo, sobre la catadura moral del que lo padece. El vocablo estigma deriva del griego *στίγμα* (*stigma*, plural *stigmata*) 'marca', en especial la llevada a cabo con un objeto punzante y este, a su vez de *stizen* 'tatuarse', 'pellizcar', 'puncionar', de proto-indoeuropeo PIE *\*st (e) ig-* con el mismo significado. De él deriva el latín *instigare* 'urgir'. *Stizien* ('tatuaje') era la marca que se imponía a los esclavos o criminales en la Antigua Grecia, con el objetivo de que otras personas pudieran reconocerlos e identificarlos. Más tarde, el cristianismo utiliza el término *stigmata* en relación con las marcas que recordaban a las heridas de Cristo en la cruz.

Estigma significa por lo tanto marca, una marca que es impuesta al sujeto y que desde entonces es permanente, el "marcador" que es la persona que estigmatiza, pierde el control sobre la situación que a partir de entonces le queda impuesta. Los esfuerzos para eliminar la marca la hacen destacar más y la exponen a adquirir elementos más negativos<sup>823</sup>.

Goofman<sup>824</sup> considera al estigma como un atributo negativo, por el que las personas que son estigmatizadas son consideradas inferiores. Estas condiciones las clasificó en tres grupos distintos "abominaciones" o deformidades físicas, "identidades tribales", como por ejemplo sexo, raza, religión y "alteraciones de carácter", como la enfermedad mental o el desempleo. El estigma por lo tanto no es una condición estática y fija sino que por el contrario se relaciona con valores e identidades sociales. Es un proceso que contiene dos elementos fundamentales: el reconocimiento de una "marca" y la consiguiente devaluación de la persona marcada<sup>825</sup>.

Una vez que un sujeto es estigmatizado, se convierte en un estereotipo y todo su comportamiento se atribuye a él, el encuentro con el estigmatizado da lugar a la construcción de una teoría sobre el estigma para explicar tanto la inferioridad, como el peligro que supone o la animosidad que genera la persona estigmatizada<sup>824</sup>.

El estigma lleva a la acción, que no es otra cosa que a la discriminación contra la persona estigmatizada, la cual se



pone de manifiesto en costumbres o leyes. El diccionario de María Moliner<sup>826</sup> la define así los conceptos clave y relacionados:

- **Prejuicio:** Juicio que se tiene formado sobre una cosa antes de conocerla. Generalmente, tiene sentido peyorativo, significando "idea preconcebida" que desvía del juicio exacto. Idea rutinaria sobre la conveniencia o inconveniencia de las acciones desde el punto de vista social, que cohibe obrar con libertad.
- **Discriminación:** Acción de discriminar
- **Discriminar:** Aprender dos cosas como distintas o como desfiguradas. Específicamente, dar trato de inferioridad en una colectividad a ciertos miembros de ella por motivos sociales, religiosos, políticos, etc.
- **Estigmatizar:** Dejar a alguien marcado con una imputación infamante.
- **Estigma:** Acto o circunstancia que constituye una deshonra para alguien.
- **Lacra:** Defecto, vicioso o daño físico o moral.

Entre estos conceptos se establece un círculo vicioso maligno. El estigma es consecuencia del temor y amenaza que supone para el ser racional la posibilidad de la sinrazón. El temor produce rechazo, huida y alejamiento, lo que hace imposible el adquirir los conocimientos suficientes y la ignorancia impide hacer frente al temor con argumentos racionales (figura 1).

La perspectiva se refiere a la manera como el estigma es percibido y que es diferente en la persona que lo percibe y en la que lo padece. Las identidades se relacionan con el grupo y las reacciones se pueden dividir en tres niveles cognitivo (conocimiento), afectivo (sentimientos y actitudes) y comportamentales.

La antropología cristiana radica en el cuerpo humano y no en la salvación del alma. Uno de sus pilares es la convicción de que el hombre ha sido creado a imagen y semejanza de Dios y que en las facultades intelectuales del hombre, es decir, en su razón y en su voluntad, la reflexión filosófica y teológica ha visto un signo privilegiado de esta afinidad con la divinidad. En efecto, estas facultades permiten al hombre conocer a Dios y entablar con él una relación de diálogo. Son prerrogativas que hacen del ser humano una persona. Conviene precisar, sin embargo, que todo el hombre y, por tanto, no sólo su alma espiritual, con la inteligencia y la voluntad libre, sino también su cuerpo participan en la dignidad de *imagen de Dios*<sup>827</sup>.

## TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD Y DEL RECONOCIMIENTO DE SÍ MISMO

El título de este apartado responde al hecho que la identidad va asociada a la necesidad y la pugna por ser aceptado y correspondido<sup>828</sup>. Hay muchos trastornos psiquiátricos en los que hay alteraciones del reconocimiento de sí mismo: Trastornos disociativos con despersonalización o disociación de la identidad<sup>829</sup>, trastornos psicóticos con disfunciones de

la auto-referencia y auto-reconocimiento<sup>830</sup>, y en trastornos de ansiedad y de la personalidad.

Los trastornos que afectan a la propia identidad aparecen dispersos en las clasificaciones actuales de los trastornos mentales. De entre ellos hay dos categorías que no afectan de una manera primaria a la vivencia de cuerpo y otros tres que si afectan a la vivencia de la identidad corporal (tabla 7).

## Trastornos de la identidad genérica

Entre los **trastornos de la identidad genérica o sexual**, se encuentran, de acuerdo con la CIE-10<sup>122</sup>, el **transexualismo** definido como el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo que uno considera propio; el **transvestismo no fetichista**, que consiste en llevar ropas del sexo opuesto durante cierto tiempo a fin de disfrutar de la experiencia transitoria de pertenecer al sexo opuesto, pero sin ningún deseo de llevar a cabo un cambio de sexo permanente y menos aún de ser sometido a una intervención quirúrgica para ello; el **trastorno de la identidad sexual en la infancia** caracterizado por el deseo o la demanda insistente de pertenecer al sexo opuesto que se acompaña de un malestar intenso y persistente por ser del sexo propio. La CIE-10 añade que en raras ocasiones un trastorno de la identidad sexual puede presentarse asociado un rechazo persistente de las estructuras anatómicas del sexo propio, aunque para el DSM-IV-TR<sup>123</sup>, éste es un criterio diagnóstico, lo cual acerca este trastorno a al trastorno dismórfico corporal. El deseo de pertenecer al otro género era en el DSM-III un criterio diagnóstico necesario del **trastorno de la identidad genérica en los niños**, que desgraciadamente ha desaparecido del DSM-IV<sup>831</sup>. Tras la palabra "pertenecer" está un problema de identidad en el sentido de sentir que no se forma parte del grupo de los del mismo sexo (biológico), sino del otro género (personal, social).

## Trastorno de identidad disociativo

El trastorno de identidad disociativo incluye lo que hasta el DSM-III<sup>832</sup> se conocía como **trastorno de personalidad múltiple**<sup>833, 834</sup>, nombre que conserva la CIE-10<sup>122</sup>, se caracteriza en la existencia aparente de dos o más personalidades distintas y no coincidentes en el tiempo, en el mismo individuo. Cada personalidad es completa, con sus propios recuerdos, comportamiento y preferencias, que pueden ser muy diferentes a los de la personalidad premórbida única. En la forma más frecuente, una personalidad domina pero nunca una tiene acceso a los recuerdos de la otra y casi siempre cada una ignora la existencia de la otra. El DSM-IV-TR<sup>123</sup> precisa un poco más los criterios de diagnóstico que incluyen la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad, cada uno con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y

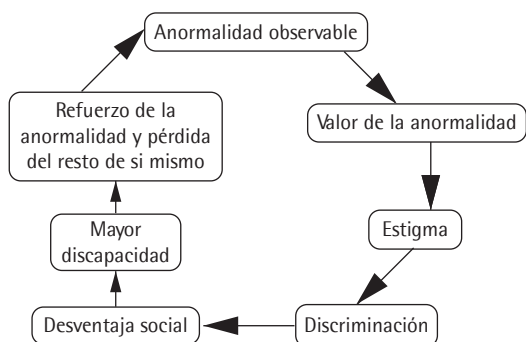


Figura 1

El Círculo Vicioso de la Estigmatización

Tabla 7		Trastornos de la identidad personal	
		Trastorno	Afecta a la identidad
		Trastornos de la identidad genérica Transexualismo Transvestismo no fetichista Trastorno de la identidad genérica en los niños	Genérica
		Trastorno de identidad disociativo (Trastorno de personalidad múltiple) Trastorno dismórfico corporal	Personalidad Forma y aspecto de partes del cuerpo
		Trastorno de la identidad de la integridad corporal o apotemnofilia	Integridad de los miembros, discapacidad física
		Anorexia nerviosa	Identidad como mujer plenamente adulta

concepción del entorno y de sí mismo, el hecho que las distintas identidades o estados de personalidad controlan de forma alternante el comportamiento del individuo y la presencia de una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

En pacientes con un trastorno de identidad disociativo y diferentes estados emocionales, técnicas de neuroimagen funcional han podido poner de manifiesto la presencia de cambios específicos de la actividad cerebral localizada, capaces de generar por lo menos dos estados mentales diferenciados, cada uno de ellos con su acceso propio a recuerdos autobiográficos relacionados con acontecimientos traumáticos. Estos hallazgos sugieren que hay diferentes patrones de flujo cerebral para diferentes sentidos de uno mismo (*self*) y que en ello la corteza prefrontal medial y la

corteza asociativa posterior juegan un papel importante en la integración de la experiencia consciente<sup>829</sup>.

Por otra parte, los síntomas disociativos, en especial los que afectan a la propia identidad son muy frecuentes en el trastorno límite de la personalidad en el que hay caso que se solapan con el trastorno disociativo de la identidad. En estos casos las experiencias disociativas consisten en síntomas de despersonalización y desrealización, amnesia y disociativa y trastorno disociativo de la identidad<sup>835</sup>.

A continuación consideramos con más profundidad algunos trastornos de la identidad corporal.

### TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Las personas que padecen un trastorno dismórfico corporal que acuden al médico con la demanda de verse liberados una deformidad, más o menos evidente o supuesta.

En la CIE-10 la dismorfofobia forma parte de la hipocondría. En el DSM-IV-TR<sup>123</sup> el trastorno dismórfico corporal forma parte de los trastornos somatomorfos y está caracterizado por la presencia de una marcada preocupación por un defecto imaginado (o real) en el aspecto que causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras importantes áreas de la actividad del individuo, como los estudios o las relaciones íntimas. A veces incluye el evitar aparecer en público e incluso el ir a trabajar, comportamientos como salir de casa sólo de noche para no ser vistos o no salir en absoluto, llegando al aislamiento social.

El término "imaginado" referido a la deformidad ha sido criticado<sup>836</sup> y se ha propuesto su sustitución por percibido o por percibido por otros. Una vez más chocamos con la dificultad de hacer una enfermedad de una deformidad o de un defecto percibido, cuando lo esencial es como se considera uno a sí mismo. Los casos en los que el paciente no habiendo quedado satisfecho con el resultado de la intervención quirúrgica y que le han llevado a agredir cuando no a matar al cirujano como ha sucedido en algunas ocasiones<sup>837</sup>, demuestran que el hecho de contentarse con la cirugía no tiene que ver con la corrección de una deformidad. Por otra parte, el sentido en inglés de imaginar no coincide plenamente con el castellano. Imaginar tiene en el Diccionario de la Real Academia Española<sup>838</sup> cuatro acepciones, de las cuales la última es la que más se ajusta al trastorno dismórfico:

1. Representar idealmente algo, inventarlo, crearlo en la imaginación.
2. Presumir, sospechar.
3. Adornar con imágenes un sitio.
4. Creer o figurarse que se es algo.

La mayoría de los de los autores consideran a la dismorfofobia como una obsesión (Janet<sup>839</sup>, Dietrich<sup>840</sup>, Corbella y Rossi<sup>841</sup>, Noto-Campanella<sup>842</sup>, Tomkiewicz y Finder<sup>843</sup>, Schachter<sup>844</sup>, Hay<sup>845</sup>, Alby y cols.<sup>846</sup>, etc.) y si acaso,

no tan acertadamente, como una fobia, como hizo el propio Morselli<sup>847</sup> que fue el que en 1886 puso el nombre al trastorno. Schachter<sup>844</sup> describió dos tipos, uno más cerca de las obsesiones (complejo dismorfofóbico) y otro más delirante (delirio dismórfico), basándose en la respectiva actitud de aceptación o de rechazo contestatario que tienen, lo que ha recogido la CIE-10, aunque la tendencia actual es a no diferenciarlas<sup>848, 849</sup>. La diferenciación entre idea obsesiva e idea delirante no puede hacerse simplemente a partir del criterio de actitud que se toma frente a ella, ya que no es específico de ninguna de ellas. Hay obsesiones que se aceptan y otras que se rechazan, y lo mismo ocurre con las ideas delirantes. La diferencia entre una y otra hay que encontrarla en el trastorno de vivencia de la actividad del yo que se produce en la idea delirante y no en la obsesiva. La primera es vivenciada como impuesta, asedia desde fuera al yo, es en la segunda no se pierde la vivencia de la propiedad, pertenencia o mismidad de la actividad del yo.

La realidad es que la idea dismórfica tiene muchas veces la naturaleza de idea sobrevalorada, de hecho el DSM-IV y la CIE-10 se refieren a preocupación y no a obsesión, y de acuerdo con ambos sistemas el trastorno dismórfico puede ser un trastorno de somatización o un trastorno delirante somático apoya que se trate de ideas sobrevaloradas<sup>850</sup>. Sin embargo, el Consenso Internacional sobre el Trastorno Obsesivo considera al trastorno dismórfico como formando parte del espectro obsesivo<sup>851</sup>. En realidad lo que sucede es que la psicopatología de las ideas sobrevaloradas ha recibido insuficiente atención y su origen no es claro. En los casos a los que nos estamos refiriendo y en otros como es la anorexia nerviosa, la idea es secundaria a otra, el deseo de tener otra apariencia, de dominar el cuerpo, en definitiva de ser de otra manera.

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

En el borrador del DSM-V<sup>775, 836</sup> aparece la propuesta de trasladar el **trastorno dismórfico corporal** al epígrafe de Espectro de Trastornos de Ansiedad y Obsesivo-Compulsivos y el trastorno se define, provisionalmente, como preocupación por uno o varios defectos o fallos en la apariencia física que no son aparentes, o lo son mínimamente, a los demás y por el hecho que en el curso del trastorno aparecen comportamientos repetitivos (por ejemplo, comprobaciones en el espejo, acicalarse excesivamente, hurgarse la piel o buscar apoyos para tranquilizarse) o actos mentales (por ejemplo, comparar el propio aspecto con el de otras personas). Si dicho defecto existe, la preocupación y ansiedad experimentada por estas personas es excesiva, ya que lo perciben de un modo exagerado. El afectado puede quejarse de uno o varios defectos, de algunas características vagas, o de su aspecto en general.

Las zonas del cuerpo más afectadas en el trastorno dismórfico corporal son<sup>852</sup>: piel (73%), cabello (56%), peso (55%), nariz (37%), dedos del pie (36%), abdomen (22%), senos/pecho/pezones (21%), ojos (20%), muslos (20%), dientes (20%), piernas (general) (18%), estructura corporal/estructura ósea (16%), rasgos faciales (en general) (14%), cara tamaño/forma (12%), labios (12%), glúteos (12%), barbilla (11%), cejas (11%), caderas (11%), orejas (9%), brazos/muñecas (9%), cintura (9%), genitales (8%), mejillas/pómulos (8%), pantorrilla (8%), estatura, (7%), cabeza (tamaño o forma) (6%), frente (6%), pies (6%), manos (6%), boca (6%), mandíbula (6%), dorso (6%), dedos de las manos (5%), cuello (5%), hombros (3%), rodillas (3%), tobillos (2%) y músculos faciales (1%).

La confrontación que se produce en estos casos no es un fenómeno racional, se trata de una disparidad de valores. Por eso es imposible argumentar lógicamente con los pacientes. En la eritrofobia al paciente se le salen los colores al recordarle su timidez. En el trastorno dismórfico corporal el enfermo tiene siempre un "sí, pero..." en la boca y es arrasado por su enfermedad como el delirante por sus celos. El "Hombre de los Lobos", el famoso enfermo de Freud, padeció una dismorfofobia (que no llegó a diagnosticarlo correctamente ningún psicoanalista) durante la cual se enemistó con Freud, al que siempre había querido y respetado, y fue capaz de fallarle en su relación<sup>853-855</sup>. El que padece una dismorfofobia tiene su interioridad a flor de piel y no sabe cómo ocultarse de los demás, ya que se avergüenza de su presunta maldad interna.

Son muy escasas las estadísticas que se refieren a la satisfacción con el aspecto propio, dejando aparte la necesidad de cambio que tienen algunas personas. Busemann<sup>856</sup> ha hecho un estudio entre los estudiantes de un colegio. A los doce años el 12 % estaba descontento con su imagen corporal y a los dieciséis el 28 %. El 46% de estudiantes de tercer ciclo en EE.UU. tenían alguna preocupación con un aspecto poco satisfactorio de su cuerpo y el 28% tenían además un "exageración de su imagen corporal"<sup>857</sup>. En otro estudio la proporción de los que no están satisfechos era del 28,7%, sin embargo al aplicar el criterio de significancia clínica, sólo un 4% reunía criterios DSM-IV para trastorno dismórfico corporal<sup>858</sup>. En la población general en EE.UU. un 87,4% tenía preocupaciones sobre su aspecto<sup>859</sup> y lo mismo sucede con la obesidad<sup>860</sup>. Las cifras tan extraordinarias no deben de extrañarnos si nos fijamos, como ejemplo, en el consumo de píldoras adelgazantes y de dietas, o, en un grado menor, la proliferación de gimnasios, institutos de belleza y de mujeres aprovechando el más solitario rayo de sol para su bronceado.

En Japón hay mucha preocupación, más que en otros países, por no causar molestias a terceras personas, por ejemplo, por tener un aspecto descuidado y falto de atractivo<sup>852</sup>. No es de extrañar que la psiquiatría japonesa haya descrito trastornos relativos a esta característica como el **taijin kyofusho**, **Taiji** o antropofobia (miedo a la gente) o mejor a las relaciones interpersonales. Uno de los subtipos de

este trastorno es el **shubo-kyofu** o fobia a tener un cuerpo deforme<sup>861</sup>.

El trastorno dismórfico no es un cuadro clínico raro. En dos estudios llevado a cabo en Alemania se encontró una prevalencia de ente 1,7-1,8% (CI 1,2-2,1%)<sup>862, 863</sup>. Da la impresión que el número de ellos aumenta en los países occidentales. Esto podría deberse a las posibilidades técnicas de la cirugía correctiva, a la medicina cosmética y a la relevancia que ha adquirido el cuerpo en el mundo moderno, en este caso concreto desde el punto de vista del carácter revelador de la persona que tiene y como señal de identidad. Si el ser humano se ha convencido que no es tan fácil ocultar el cuerpo bajo los vestidos, y sobre todo que intenta suprimir lo que el atuendo tiene como símbolo de una clase o estado social, queda la figura humana como el instrumento más auténtico y desnudo para revelar u ocultar la intimidad.

Hay una transición gradual entre lo que no es más que variación individual, más o menos en desacuerdo con los gustos pasajeros, locales o generales de la moda, una deformidad auténtica y el trastorno dismórfico corporal. Entre las primeras están las correcciones de arrugas del rostro en las mujeres o de calvicie en el hombre, que se tratan casi de actos cosméticos cotidianos.

El trastorno dismórfico corporal abunda entre los adolescentes. Es natural, es la época en la que la figura corporal comienza a ser importante y no sólo por la sexualidad como quiere el psicoanálisis, sino ante todo social. La transición del niño al adulto, más lenta y perezosa hoy día, enfrenta al que la atraviesa con la situación incómoda de no ser considerado como igual por los demás, y sobre todo, muy en desacuerdo con la imagen de la identidad propia. Unos se tendrán por "mayores" sin parecerlo, otros sufrirán al ser considerados como menores por otra adolescente de su misma edad que ya busca chicos más maduros, quizás hombres, etc. Los desengaños, alusiones, comparaciones, pueden cristalizar esta falta de satisfacción con lo que él quisiera ser y cómo le ven los demás. Además durante la adolescencia el cuerpo experimenta un gran desarrollo, no sólo en la estatura y maduración de los caracteres sexuales terciarios (y secundarios), sino de órganos que contribuyen a configurar los rasgos. La nariz es el caso más típico (Linn)<sup>864</sup>, aunque hay otros como las manos, la masa muscular y la mirada. Un hecho importante es que al finalizar la adolescencia ya no cabe esperar grandes cambios en la figura, y pueden salir a la luz entonces preocupaciones que se habían mantenido larvadas. Es frecuente encontrar, si se indaga, que los que padecen un trastorno dismórfico corporal han pasado años esperando que de alguna manera u otra desaparezca su estigma. Es tal la problemática del adolescente con la figura corporal que a esta edad hay que considerarla, dicen Tomckiewicz y Finder<sup>865</sup>, como "fisiológica".

Los que padecen un trastorno dismórfico corporal suelen ser personalidades anancásticas y sobre todo sensitivas en el

sentido de Kretschmer<sup>866</sup>, muy sensibles a la imagen que de ellos mismos se puedan formar los demás. Suelen ser inteligentes. En algunos se descubre la existencia de un trauma desencadenante, frases o comentarios irónicos, un desengaño o fracaso u otra razón por el estilo, cuyo papel suele ser accesorio, anecdótico, pero que tiene la virtud de cristalizar sobre él la vergüenza del propio cuerpo<sup>869</sup>. Sin embargo, no se trata de la vergüenza del cuerpo, sino de la vergüenza a secas, la de sí mismo. Así, la persona con eritrofobia se enrojece con los temas sexuales que le avergüenzan, le tiembla la voz en público, y deseando que se lo trague la tierra, suspira por poder aislarse y escaparse de las miradas de los demás.

Hay que delimitar el trastorno dismórfico corporal de otros trastornos en los que aparece en primer plano la problemática de la vivencia corporal. De entrada, no cabe diferenciar a aquellos que son portadores de una deformidad real de los que la tienen imaginaria, y tampoco se plantea la repercusión que pueden tener sobre la vida del individuo o lo que supongan como amenazas de alteraciones fisiológicas futuras. Se trata de un problema que es en sí, y según el criterio del que lo padece, de índole estrictamente estética. Las malformaciones con repercusión fisiológica suelen ser internas sin consecuencias estéticas; otras malformaciones externas groseras, consecuencias de anomalías en el desarrollo embriológico, como son los labios leporinos y tantos otros, son de por sí tan morbosos que se corrigen, hasta donde alcanza la técnica, independientemente de que produzcan o no alteraciones fisiopatológicas.

También dejamos de lado delirios de tipo esquizofrénico que hacen que el enfermo viva preso de vivencias de influencia sobre determinados órganos o funciones. En ellos el significado del síntoma es muy distinto, así como su enfoque y el tratamiento de la enfermedad. Apenas hay relación con algunas formas de ideas delirantes de la edad adulta como son los llamados de Cotard, los delirios dermatozoicos o hipocondrías circunscritas, aunque el nombre de hipocondrías circunscritas se aplica a otros trastornos<sup>867</sup>, entre las dismorfofobias<sup>868</sup> y los delirios dermatozoicos<sup>869</sup>.

Un aspecto importante es la gran comorbilidad en el trastorno dismórfico corporal. Hay un número de trastornos en los que aparecen rasgos o síntomas análogos a los del trastorno dismórfico corporal. En muchos casos la delimitación de los cuadros clínicos es convencional. Sin embargo a nosotros no nos interesan los aspectos nosológicos, ni aún los diagnósticos, sino la psicopatología subyacente, y, si se nos permite la osadía, de la perspectiva antropológica.

Selvini-Palazzoli<sup>870</sup> propuso agrupar los siguientes síndromes: la anorexia nerviosa, la hipocondría, la despersonalización y la dismorfofobia. Una forma menor de la dismorfofobia la constituye las eritrofobias, pero en ellas no se plantea ninguna intervención quirúrgica y tienen, en la mayoría de los casos, una evolución espontánea más favorable. También la obesidad y delgadez y el transvestismo giran

en torno a esta problemática del aspecto que es nuclear en el trastorno dismórfico corporal.

Si se indaga por el origen de la sensibilidad tan aguda que tienen los pacientes con un trastorno dismórfico corporal para lo monstruoso, nos daremos cuenta de dos cosas. La primera es que muchos de ellos carecen de motivo suficiente para su obsesión o preocupación, lo cual nos indica que el conocimiento que de ella tienen no lo han alcanzado mediante la reflexión. La segunda es que, puestos a reflexionar, hay pocas personas contentas con su aspecto. Estos dos puntos merecen ser considerados con mayor detención. Es difícil, como médico, convertirse en crítico de estética, pero el hecho es que a veces vienen por esa razón. El cirujano, la familia, pueden considerar que la intervención no es necesaria, o bien una vez realizada ésta, con buen resultado aparente, el enfermo no se siente satisfecho. El que muchas personas se adapten a vivir con una deformidad, o, más aún, el que la incorporen a su existencia e incluso les sirva de ocasión para su propia superación no consuela a las personas con un trastorno dismórfico corporal.

El vestido forma parte de la experiencia corporal y puede ser empleado para modificar la apariencia a nuestro gusto. Por eso hasta los pueblos más primitivos tienen adornos, y existen los tatuajes que simbolizan un estatus o condición, y las máscaras, y los atuendos adecuados para cada circunstancia y personaje, etc. Unos visten convencionalmente, otros ponen una gota de frivolidad en su atuendo, otros visten despreocupadamente, pero en su misma obstinación demuestran hasta qué punto imponen su imagen corporal a los demás. A los transvestistas les soluciona el problema el sastre o los almacenes de ropa interior, pero no siempre puede ser así. La imagen que tenemos de nosotros mismos es muy diferente de la que los demás tienen. Si hemos olvidado la impresión de reconocer nuestra imagen en el espejo, en cambio recordamos la de oír la propia voz grabada en un magnetófono. ¿Por qué tal decepción?

## Trastorno dismórfico e identidad

Más arriba hemos recordado, siguiendo a Buytendijk<sup>871</sup> y a Merleau-Ponty<sup>6,77</sup> especialmente, que el cuerpo es la condición de la propia individualidad. Así podría pensarse que una deformidad, que sirve para dar mayor realce a la imagen propia en contraste con los demás, sería la condición para un mayor sentimiento de individualidad. Realmente no siempre es así aunque los ejemplos históricos son bien conocidos y van desde la actitud de Kierkegaard<sup>872</sup> a la de Napoleón. Otros lo logran a medias, a costa de desviaciones caracterológicas del tipo del resentimiento, siempre grave. A otros, en cambio, no parece afectarles en absoluto su deformidad, incluso a pesar de las circunstancias.

Las personas con un trastorno dismórfico corporal se sienten marginadas, denigradas, menospreciadas, rechazadas, en definitiva, estigmatizadas, como consecuencia de su

deformidad y piensan que liberándose de ella todo cambiará de un modo mágico, las circunstancias externas, el destino o la capacidad de integrarse en la sociedad y de llevar una vida activa. Kubie y Machie han descrito cómo los transexuales se sienten miembros de una minoría segregada y Monello<sup>874</sup> lo mismo para las adolescentes obesas. Para el psicoanálisis la intervención quirúrgica vendría a colmar una fantasía de volver a nacer.

¿Por qué no están contentos con su figura corporal los que padecen un trastorno dismórfico corporal? ¿Por qué no se adaptan a ella como otros? ¿Por qué no logran convertirla en la espina de su individuación y maduración? Ninguna de estas preguntas tiene una respuesta unívoca. La persona sana no vive de una manera tan aguda el problema de su aspecto, y cuando lo hace es de otra manera. La vivencia del cuerpo es una vivencia de presencia, pero subliminal. Hay momentos en que así no es. La chica que se arregla frente al espejo lo hace pensando en la impresión que causará en la reunión de sus amistades, pero llegado el momento, en la alegría de la fiesta, ya no vuelve a pensar en ello. La maniquí o actriz viven pendientes de sí mismas, e incluso los políticos, pero es por su profesión, y conscientes aceptan las exigencias de un buen aspecto. Saben muy bien que, abandonando las circunstancias en que viven, podrían librarse de la esclavitud de las dietas y cosméticos, o quién sabe si a veces piensan que se puede ser buen actor y buen político a pesar de no ser bien parecidos.

En el trastorno dismórfico corporal destaca, en unos más que en otros un hecho muy significativo, los afectados viven su anomalía más o menos presunta, no como un defecto estético, sino moral. No es únicamente el temor a escandalizar<sup>876</sup>, sino que se sienten portadores de un estigma que es capaz de revelar su intimidad a los demás, de hacer visible una marca que permitiría que los demás tacharle de perverso. Se sienten mancillados, estigmatizados.

No debe extrañarnos demasiado esta actitud. Al fin y al cabo es antigua como la humanidad, los esclavos, los miembros de las tribus, los judíos circuncisos, se distinguen no sólo por su atuendo sino por determinadas cicatrices indelebles, y perdura en la medicina actual. Gall al desarrollar la frenología y Lombroso con su criminalística, ambos en el siglo XIX, y las teorías constitucionales y la antropometría, que tanto desarrollo ha tenido en psiquiatría, siguen la misma línea de pensamiento que los que padecen un trastorno dismórfico corporal. Se trata, en definitiva de la fisionomía, es decir el descubrir el carácter por los rasgos físicos, que desde Aristóteles<sup>876</sup> ha sido a menudo considerada como una pseudociencia pero que se resiste a desaparecer. Así, por ejemplo, la proporción entre la altura y la anchura del rostro permite predecir agresividad en varones<sup>877</sup>. El encontrar en el cuerpo las huellas que condicionan o predisponen o, mejor dicho, que identifican la vida psíquica, íntima y personal del ser humano es un viejo sueño de la humanidad, en el que creen estos enfermos.

¿De qué culpas se sienten portadores? ¿Quién pecó, él o sus padres?, podríamos preguntarnos. En algunos de estos

casos parece ser que los padres, como se deduce de algunos casos. Pasche<sup>878</sup> dice que se sienten "creados, no engendrados" por sus progenitores. Esto es una diferencia esencial con las eritrofobias de los adolescentes. Se sienten portadores de una maldad íntima y hereditaria. Morel<sup>879</sup> no hubiera encontrado degenerados estigmatizados más puros, más aún, porque para ellos sus "estigmas" marcan su destino. Vuelven con ello a posturas en el fondo caducas, quizá en relación con el pensamiento primitivo, sobre las relaciones entre lo bueno y lo bello o entre la maldad y la fealdad. Los que padecen un trastorno dismórfico corporal piensan como los griegos clásicos, que la fealdad externa es reflejo de la maldad interna, y como los judíos, que son herederos del pecado de sus padres.

El estudio de estos enfermos demuestra no se trata de la percepción de una forma defectuosa, ni siquiera de "un defecto ligero" sino que se trata de un trastorno de la identidad. Bien estudiados, se ve que los enfermos no buscan modificar, por ejemplo, la forma de su nariz por razones estéticas o culturales, sino porque se sienten estigmatizados. Unas veces la nariz les recuerda a la de un progenitor con el que no quieren sentirse identificado, otras por presuntas faltas de armonía incorregibles. Se trata más de un problema ético que no estético, a menos que no tomemos a esta última palabra en un sentido más amplio que lo hace el DSM-IV-TR.

El que no se trata de una simple deformidad lo demuestra un enfermo nuestro que acudió a otorrino solicitando la corrección del velo del paladar para tener una voz más agradable, con más resonancia:

*Se trata de un varón de 17 años que fue remitido por el Servicio de Otorrinolaringología, al que había acudido solicitando una intervención de sus vías aéreas para modificar el tono de su voz con el que no estaba satisfecho y al que atribuía dificultades en sus relaciones interpersonales. Su nivel socioeconómico es medio-bajo y el ambiente familiar conflictivo porque su padre tiende a reacciones intempestivas y a discusiones estrepitosas que molestan a la vecindad. Esto le hacía sentirse muy avergonzado.*

*El trastorno había comenzado a los doce años de edad y desde entonces ha estado en tratamiento psiquiátrico. La primera manifestación del mismo fue un retraimiento social, que él atribuía a que sus compañeros se reían de sus hermanos, de los que él sentía vergüenza, y más tarde él mismo con comentarios como "tienes voz de robot". Al pasar del colegio a una escuela de Formación Profesional se sintió todavía más desadaptado y objeto de burlas constantes.*

*A los 16 años comenzó a pedir que le operasen de la voz, porque de esta manera se solucionarían sus problemas y "podría estudiar y tener amigos" y de la nariz, para "dejar de parecer un monstruo". Desde entonces no hablaba de otra cosa y además presionaba a sus padres para que solicitaran un crédito para la intervención quirúrgica. Por otra parte, se volvió cada vez más retraído, apenas*

*salía de casa, pasando el día ante el televisor, o entretenido en monólogos en los que revela fantasías, como ser piloto militar. Se mostraba triste y amenazaba con matarse si le forzaran a ir al colegio. En dos ocasiones trató de suicidarse, en ambos casos llevaba varios días comentando que la vida no tenía sentido para él, con los problemas de la voz, de la nariz y del acné, que también le obsesionaba muchísimo. Los intentos resultaron fallidos porque al final le faltó decisión.*

*La asignatura de inglés es la que más difícil le resultaba y había un compañero que le llamaba "franchute", quizá porque pronunciaba mal la erre. Las cosas se agravaron cuando otro compañero le llamó gangoso y eso le llevó a un profundo estado de tristeza porque el acné de la cara, la voz gangosa y la nariz fea eran demasiado para él. El psiquiatra que le trataba le dijo que eso eran manías y que su voz era totalmente normal.*

*De la exploración clínica sólo cabe mencionar un acné facial acusado, una voz discretamente nasal y una ligera hipoacusia, con caída en la percepción de tonos agudos.*

A pesar del solapamiento entre el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de identidad de integridad corporal la recomendación para el DSM-V es no incorporar este último al primero<sup>836</sup>. Desde nuestro punto de vista habría que hacer lo segundo, incorporar el trastorno dismórfico corporal a un amplio grupo de trastornos de la identidad, teniendo en cuenta que la preocupación por el aspecto es secundaria al problema de identificación, es una mala solución al mismo y no permite un enfoque terapéutico adecuado. El eje de la intervención terapéutica no debe girar en torno al aspecto, al tamaño, forma o simetría de una parte del cuerpo. Más bien hay que indagar en los problemas subyacentes de identidad y maduración personal. En cambio, en la recomendación citada no se considerada adecuado incluir el trastorno dismórfico en el trastorno hipocondríaco como hace la CIE-10<sup>122</sup> en su apartado de trastornos somatomorfos, lo cual es acertado teniendo en cuenta que este no conlleva problemas de identidad.

Así vemos claro en estos enfermos, cómo el problema de su deformidad no es físico, ni por lo tanto susceptible de ser estudiado con la objetividad que el médico aplica al cuerpo. Tampoco es posible considerarlos como fenómenos psicológicos puros como lo haría una dinámica psicoanalítica llevada a sus extremos. A través de su cuerpo vivido, con su carácter ambiguo, es como se manifiesta la enfermedad, de ahí la carga de significados, presagios, y augurios que tiene la sintomatología.

## Complejo de Tersites

De todos los nombres propuestos para este trastorno el que nos resulta más atractivo es el que le dio Stutte<sup>880, 881</sup> complejo de Tersites. En efecto, Tersites en el mundo clásico es el feo característico (bizco y cojo) porque así lo describe la Iliada. Pero aún hay más, si leemos allí sus hechos, caemos en

la cuenta que están todos impregnados de una gran maldad. Deforme e inicuo, como se sienten nuestros enfermos.

Tersites (en griego antiguo Θερσίτης), es un personaje menor de la Iliada, en cuyo Canto II (211) es descrito así:

*Todos se sentaron y permanecieron quietos en su sitio, a excepción de Tersites, que, sin poner freno a la lengua, alborotaba. Ese sabía muchas palabras groseras para disputar temerariamente, no de un modo decoroso, con los reyes; y lo que a él le pareciera, hacerlo ridículo para los argivos. Fue el hombre más feo que llegó a Troya, pues era bizco y cojo de un pie; sus hombros corcovados se contraían sobre el pecho, y tenía la cabeza puntiaguada y cubierta por rala cabellera. Aborrecíanle de un modo especial Aquiles y Ulises a quienes zahería; y entonces, dando estridentes voces, insultaba al divino Agamenón. Y por más que los aqueos se indignaban e irritaban mucho contra él, seguía increpándole a voz en grito.*

*Sabía muchas palabras groseras para disputar temerariamente, no de un modo decoroso, con los reyes;*

La fealdad de Tersites era consecuencia de que padecía una displasia o distrofia cleidocraneal<sup>882, 883</sup>, que se caracteriza por agenesia de las costillas y malformaciones de la cabeza, en especial de los dientes y del macizo maxilofacial y de los huesos del cráneo. Sin embargo, es necesario subrayar que en PubMed no aparece ninguna referencia sobre este tipo de a deformidad que se acompañe de síntomas psíquicos ni patrones de comportamiento uniformes y menos aún que se trate de personas con problemas antisociales.

Shakespeare<sup>884</sup>, Hegel, que a la resistencia al abuso de los reyes llamó *tersitismo*<sup>885</sup>, Robert Graves<sup>886, 887</sup> y otros muchos han destacado algunos aspectos como el hecho de rebelarse contra el poder instituido, por lo que se le ha considerado un protomarxista, y de hablar en nombre de aquellos griegos que consideraban a la guerra de Troya como un error. Al mismo tiempo es considerado como un hombre del pueblo al que prácticamente siempre se le nombra sin apellido, y se le presenta como descendiente de la población pre-helénica, de las tribus indo-germánicas, ya que su cráneo era puntiaguado, es decir no helénico.

En una ocasión Aquiles se enfrentó con Pentesilea, la reina de las amazonas que luchaba a favor de Troya. El relato da a entender que el héroe griego se había ido enamorando en secreto de su adversaria, a la que sin embargo tuvo que matar en el combate. Inmediatamente después Tersites se abalanzó sobre ella, la sacó los ojos y vejó ignominiosamente su cadáver, a lo que Aquiles respondió degollando a tan siniestro personaje.

## La estética

Para Baumgarten<sup>888</sup> la estética, del griego αἰσθητική (*aisthētikē*) 'sensación, percepción', αἴσθησις (*aisthēsis*)

'sensación, sensibilidad' y de -ικά (ica) 'relativo a', es la "ciencia de lo bello, a la que se agrega un estudio de la esencia del arte, de las relaciones de ésta con la belleza y los demás valores". La estética no es la ciencia de la belleza basada en cánones, sino del modo como el ser se manifiesta en su apariencia y aspecto. Por lo tanto, se trata más que una calología (del griego *kalos*, 'bello'). Por eso escribe Changeux: "Reconciliar al enfermo con lo bello, el bien y lo justo es a finalidad de la medicina"<sup>889</sup>.

Sentir la belleza es algo más fácil que comprender como llegamos a sentirla<sup>890</sup>. Lo bello es una esencia, una cualidad indefinible que se siente en muchas cosas, las cuales, por desemejantes que puedan ser a otros respectos, reciben el nombre de bellas en virtud de una emoción especial, mitad asombro, mitad amor, que se siente en su presencia.

*La belleza es el esplendor de la realidad, de la forma, del orden*<sup>891</sup>, pero lo importante no es lo que es la belleza, sino lo que su contemplación evoca (*pulchra sunt quae visa placent*, "son bellas las cosas que, vistas, agradan", Tomás de Aquino<sup>892</sup>).

La belleza, tal como la sentimos, es algo indescriptible; jamás puede decirse ni lo que es ni lo que significa, existe por la misma razón que existe el objeto que es bello, o el mundo en el que tal objeto se halla o nosotros que los contemplamos a ambos. Constituye una experiencia que apenas requiere ser explicada.

Los principios de la estética del siglo XVIII, formulados tanto por Rousseau como por Kant se fundamentaban en las nociones de un *sentido común* y un *sentido de la belleza*, lo que de alguna manera refería a unos valores personales compartidos. Algunos autores, Nesbit<sup>893</sup> por ejemplo, se han expresado con pesimismo por la pérdida de un mundo de valores de referencia comunes, a una *Weltlosigkeit*<sup>894</sup>.

Del análisis conceptual de vivencia expuesto más arriba, se puede deducir la afinidad existente entre la estructura de *Erlebnis* como tal y la forma de ser de la estética. La experiencia estética no es sólo una forma de experiencia entre otras, representa la experiencia de la esencia per se. Así como la obra de arte es un mundo en sí, de la misma forma lo que se experimenta estéticamente es, como una vivencia, destituida de toda conexión con la actualidad. La obra de arte podría ser casi por definición una vivencia estética, lo que significa que es capaz de impeler al espectador fuera del contexto en que se encuentra y llevarlo a una nueva relación con la totalidad del existir. La experiencia del arte conlleva una plenitud de significado que no sólo pertenece a su contenido u objeto en particular sino más bien en el significado total de la vida. Precisamente por no combinar con otras experiencias para configurarse en un único flujo experiencial, sino que inmediatamente representa a un todo.

La experiencia estética es un modelo privilegiado del significado de vivencia. La obra de arte se entiende como la

consumación de la representación simbólica de la vida y cada experiencia tiende hacia esta consumación. De ahí que destaque por sí mismo como objeto de la experiencia estética. La conclusión a la que llega la estética es que la así llamada *Erlebniskunst* (arte basado en experiencia) es arte per se. "La poesía es la representación y la expresión de la vida. Expresa la vivencia y representa la realidad externa de la vida"<sup>638</sup>.

Eco considera que toda expresión artística y sus consecuentes manifestaciones culturales deben entenderse en su contexto histórico y a ellas se les debe de aplicar un método de análisis único, una semiótica, para poder interpretar cualquier fenómeno cultural como un acto de comunicación regido por códigos<sup>895, 896</sup>. Más tarde se ocupa de la fealdad<sup>897</sup>, de la *belleza de los monstruos*, que en tiempos pasado podrían haber sido considerados como engendros diabólicos o manifestaciones de la muerte y hoy día se manifiestan a través de lo kitsch, lo camp, lo punk y el *piercing*. La conclusión general es que la fealdad, y por ende la belleza, se construyen no a partir de criterios estéticos sino a consideraciones políticas y sociales enmarcadas en momentos históricos concretos. Aunque en apariencia, belleza y fealdad son conceptos antitéticos, no es así, para Eco la fealdad no es lo contrario de la belleza ya que incluye de acuerdo con lo que plasman los artistas, lo grotesco, lo brutal y lo sangriento tal como lo representan los artistas. Por eso, el horror que provoca lo feo es fascinante.

Así, en las personas con un trastorno dismórfico corporal existe un temor a revelar intimidades inmorales.

## La cosmética

En este contexto cabe recordar lo que es la cosmética como arte de embellecer. La etimología de esta palabra es reveladora. Deriva del griego clásico κοσμητική (*kosmetike*) 'el arte del vestido y ornamento', que deriva de κοσμητής (*kosmetes*) 'director, decorador', a su vez de κοσμέω (*kosmeo*) 'disponer' (las estrellas en el cielo), 'preparar', 'ordenar' (por ejemplo, las tropas para la batalla), 'equipar', 'aderezar' 'acicalar', 'embellecer', 'vestir' 'universo', 'cosmos', 'vida terrenal', 'este mundo' (en contraposición al más allá). La cosmética es pues el arte de embellecer a través de un método, de una correcta proporción, de un estilo, en definitiva, de una armonía, puestas al servicio de un orden y jerarquía sociales, en definitiva de la identidad e identificación de un grupo en un momento determinado. Es posiblemente, la manifestación artística más antigua ya que se ha demostrado, como hemos mencionado más arriba que los neandertales usaban maquillaje<sup>616</sup>.

## EL TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DE LA INTEGRIDAD CORPORAL O APOTEMNOFILIA

El trastorno de la identidad de la integridad corporal<sup>898</sup> o apotemnofilia, del griego ἀκρο (*áкро*) 'extremidad', τέμνειν

(*temnein*) 'cortar' y φιλία (*philia*) 'amor', 'atracción', es el deseo vehemente que tienen los afectados de que les sea amputada una extremidad para corregir una falta de armonía entre el cuerpo tal y como es y como debiera ser de acuerdo con sus deseos. El miembro rechazado es vivido como un escollo o una interferencia con la propia identidad. Suele estar presente el deseo de ser un discapacitado, que ha de superar barreras arquitectónicas o sociales, y de tener que utilizar muletas, silla de ruedas o prótesis. El deseo de ser amputados es permanente y las demandas a cirujanos frecuentes e ininterrumpidas.

Debido al hecho que apenas hay cirujanos que acepten a amputar un miembro sano se conocen casos en los que el sujeto ha dañado su miembro (con un disparo de arma de fuego, con un accidente de ferrocarril o métodos semejantes) de tal manera que no ha quedado más remedio que amputarlo.

La razón más frecuente aducida para desear la amputación era que de llevarse a cabo corregiría la discrepancia entre la anatomía y la manera como un se siente consigo mismo, es decir, con su propia identidad, del sujeto. De hecho, la mayoría de los amputados se sienten mejor tras la amputación<sup>898</sup>, por lo que el cuadro ha sido atribuido a la fascinación por la deformidad, la discapacidad, a la admiración que provocan por su capacidad de superar su tara, el papel de héroes de los amputados, a la atención que reciben los afectados un incierto componente sexual y de perfeccionismo. El trastorno de la identidad corporal tiene probablemente sus raíces en la infancia. Los que lo padecen suelen hablar de acontecimientos significativos en el comienzo de la edad escolar, que cristalizan en su deseo de ser como alguien amputado o inválido a quien han conocido y del que admiran su entereza.

La apotemnofilia es un trastorno con un alto grado de identificación y de proselitismo en los medios de comunicación y en Internet. Aquellos que sin haber sido intervenidos quirúrgicamente usan muletas o sillas de ruedas en público son conocidos como postulantes (*pretenders*).

La idea inicial de la naturaleza de la apotemnofilia era que se trataba de una parafilia, sin embargo en la gran mayoría de los casos el componente del deseo y la atracción sexual está ausente y de hecho la experiencia de desagrado con el propio cuerpo suele ser muy precoz en la infancia, en una época en la que aún no han echado raíces las tendencias parafilias. Esto ha dado lugar a proponer nombres alternativos a pesar de que la desinencia "-filia" no indica simplemente una inclinación que no tiene porque ser de naturaleza sexual, aunque de un modo abusivo se utilice por razones históricas de un modo exclusivo en este sentido restrictivo. Así surgió el nombre de trastorno de la identidad de la integridad corporal<sup>898</sup>, aunque el término apotemnofilia podría mantenerse para los casos de trastorno de la identidad en los que hay un componente sexual explícito y dominante.

La apotemnofilia y el trastorno dismórfico corporal comparten la insatisfacción con la apariencia corporal y la



esperanza de poder superarla mediante una intervención quirúrgica. A diferencia de la dismorfofobia, el sujeto con un trastorno de identidad corporal lo que desea es corregir la desarmonía que existe entre su imagen corporal y su propia anatomía y no con el aspecto de su miembro, el cual no es percibido como defectuoso ni como vergonzante. Lo que viven es que el miembro en cuestión miembro no es congruente consigo mismos. Sin embargo, como hemos visto, también en las personas con un trastorno dismórfico corporal existe una falta de satisfacción y concordancia entre la apariencia y la identidad, una veces por la apariencia (dismorfofobia), otras por la integridad anatómica y funcional (apotemnofilia). Este aspecto acerca a ambos cuadros clínicos a otros trastornos como los de la identidad sexual y genérica.

Se ha considerado a la apotemnofilia como una somatoparafenía adquirida, por ejemplo, por un accidente cerebrovascular. A favor de ello está que el deseo de amputación afecta más a los miembros izquierdos (a la amputación por encima de la rodilla izquierda) y en la somatoparafenía hay afectación predominante del lóbulo parietal del hemisferio derecho. Por eso se ha sugerido que en la apotemnofilia falta la representación cortical del miembro que se desea amputar<sup>899</sup> debida a una disfunción congénita de la corteza parietal superior derecha<sup>900</sup>. En consecuencia se ha propuesto como tratamiento la estimulación calórica vestibular, es decir, la aplicación de agua fría en el oído derecho del paciente<sup>901</sup>.

El trastorno de la identidad de la integridad corporal se diferencia del síndrome de Münchhausen o Munchausen porque la demanda no es una intervención por sí misma, sino un resultado, la pérdida del miembro y la discapacidad subsiguiente, si bien en el síndrome de Münchhausen también hay un componente de identificación con una enfermedad grave y discapacitante.

Se han descrito demandas de amputación en casos de distonía fija, un trastorno raro que afecta a mujeres jóvenes en las que tras lesiones nerviosas periféricas menores desarrollan posturas anormales y dolorosas de miembros, demandas que han sido consideradas como una forma de trastorno de la identidad de la integridad corporal<sup>902</sup>. Sin embargo no es así, ya que lo que la persona afectada desea es liberarse de un miembro enfermo, disfuncional o doloroso y por lo tanto no se trata de un problema de identidad.

Una variante de la apotemnofilia es el deseo de ser castrado, que se acompaña de una fascinación en algunos varones (*wannabes*)<sup>903</sup>. Ambos cuadros pueden solaparse<sup>904</sup>. Entre los que desearían ser castrados hay probablemente varios tipos. En un 40% el deseo es de naturaleza fetichista y muy rara vez alcanzan la mutilación; en otros 20% el deseo es consecuencia de otras razones como de liberarse de sus impulsos sexuales, reducir la libido, cambiar el aspecto de los genitales y la imagen masculina o prevenir comportamientos sexuales delictivos, en ellos el riesgo de alcanzar la castración es elevado<sup>903</sup>. De hecho el 20% de los *wannabes* han intentado mutilarse a sí mismos y sólo el 10% han buscado asistencia médica<sup>903</sup>. En muchos casos late el deseo

de librarse de los andrógenos y sus consecuencias y se presenta en personas que han sufrido abusos y amenazas de castración en la infancia, homosexuales, haber presenciado castraciones de animales en la infancia y condenas religiosas a la sexualidad<sup>904</sup>.

Este trastorno no debe confundirse con la **acrotomofilia**, del griego *ἄκρο* (*ákrō*) 'extremidad', *τεμνεῖν* (*temein*), 'cortar' y *φιλία* (*philia*) 'amor', 'atracción', y la **amelotatista**, del griego, *α* (*a*) 'sin', *μέλος* (*melos*) 'miembro' y *ταξίς* (*taxis*) 'atracción irresistible', que son el impulso sexual hacia alguien que ya tiene algún miembro amputado. De todos modos, hay personas que padecen ambos trastornos y en el seno de la comunidad de personas con apotemnofilia los que padecen una acrotomofilia son llamados devotos (*devotees*).

Una amplia revisión de la bibliografía ha llegado a la conclusión que la apotemnofilia puede ser considerada como un síndrome cultural, expresión de un sufrimiento psicológico, que no tiene un sentido psicopatológico inequívoco<sup>905</sup>. En el mismo estudio se comprueba que el trastorno de identidad e integridad corporal y el trastorno de identidad sexual genérica se solapan.

El aspecto ético de la cirugía de la apotemnofilia ha dado lugar a controversias<sup>906</sup> que nacen del principio de la autonomía del paciente. Si se trata sólo del deseo de la amputación para alcanzar la propia identidad no habría razones para rechazar la intervención como si se tratara de cualquier otra intervención cosmética. Sin embargo, desde ese mismo principio de autonomía se han levantado voces en contra<sup>907</sup> al considerar que la demanda tiene un origen morboso y atenderla sería como ceder ante la petición de un suicidio asistido en una persona profundamente deprimida. La magnitud del deseo y de las consecuencias de la intervención son elementos a considerar. Derivar el problema hacia la posible presencia de una patología psiquiátrica grave pero no manifiesta o de una afectación cortical parietal de áreas implicadas en el reconocimiento del propio cuerpo tampoco resuelve el problema ético, el cual se debate entre el esfuerzo por integrar el miembro rechazado en una nueva imagen corporal<sup>908</sup>, que sea congruente con la lucha porque sea reconocida y aceptada la propia identidad<sup>909</sup>.

## EL CUERPO OBJETO Y EL CUERPO SUJETO EN LA ANOREXIA NERVIOSA

La fobia a engordar que es un criterio diagnóstico importante de la anorexia nerviosa, y que ha dado lugar a su nombre en alemán *Pubertätsmagersucht* ('ansia de delgadez en la pubertad') no surgió como rasgo importante de la enfermedad y del rechazo a la comida hasta más o menos 1930 y no siempre está presente en otras culturas no occidentales, lo cual ha llevado a indagar por rasgos clínicos más universalmente válidos<sup>910</sup>. La razón probable es que el temor a ganar peso es secundario a un aspecto más nuclear de la anorexia nerviosa que tiene que ver con lo que significa engordar.

Lo mismo sucede con el esfuerzo por ayunar<sup>911</sup>, si bien esto no significa que deba aceptarse la continuidad de una patología de la inanición por obligación desde la Edad Media, o antes y la actualidad, porque el hecho es que claros casos de anorexia nerviosas, no se han descrito hasta mediado el siglo XIX<sup>911, 912</sup>.

Bien es cierto que se ha descrito que en la época victoriana en el Reino Unido el hecho de padecer una anorexia nerviosa podía ser considerado como un signo de distinción, y lo mismo sucede ahora en algunos círculos<sup>912</sup>.

Por estos motivos se ha escrito, sin razón, que la enfermedad ha cambiado a lo largo del tiempo<sup>913, 914</sup> cuando lo que hay que considerar es si no habrá cambiado más bien su capacidad de ser dueño de lo que se ingiere. Por eso se trata de profundizar más en sus características más allá de ser un problema alimentario o de una búsqueda de delgadez sin más. Lo que hay que preguntarse es qué significa estar delgado.

Las personas que padecen anorexia nerviosa describen su enfermedad como una herramienta que funciona para afrontar y evitar emociones negativas, transformar su identidad y obtener control. Incluso se refieren a "una voz anoréxica" crítica y dominadora que quisiera dominar al mí mismo (*self*) más racional e imponer su propio repertorio de valores<sup>915</sup>.

Un modelo cognitivo de los trastornos del comportamiento alimentario sostiene que en ellos y en la vulnerabilidad a padecerlos subyace un trastorno del desarrollo de la identidad que lleva a concebirse a sí mismos como individuos obesos<sup>916</sup>.

Norbø y cols<sup>917</sup>. han publicado un interesante estudio sobre el valor y el significado que las enfermas con anorexia nerviosa dan a sus síntomas, mediante un estudio muy detallado de entrevistas de orientación fenomenológica, que proporcionó los ocho constructos siguientes:

1. Seguridad: sentimientos de estabilidad y seguridad
2. Evitación: evitación de emociones negativas
3. Fortaleza mental: sentido interior de dominio
4. Confianza en sí misma: sentimiento reconocido y que merece alabanzas
5. Identidad: alcanzar una nueva identidad
6. Cuidado: despertar deseos en los demás de proporcionarle cuidados
7. Comunicación: Comunicar dificultades
8. Muerte: deseos de ayunar hasta morir

Una alteración de la vivencia corporal, en especial de lo que para Sartre<sup>74</sup> es el "cuerpo para los otros", el cuerpo que se siente observado, cuando uno vivencia su propio cuerpo, y a sí mismo como un objeto de la mirada del otro cuando uno se siente mirado, o está presente en los trastornos del comportamiento alimentario, que en consecuencia han sido considerados como un trastorno de la identidad que afecta

a la polaridad entre el mí mismo (*self*) y el otro<sup>918</sup>. De esta situación nacen los sentimientos de pudor y vergüenza, como hemos mencionado más arriba<sup>919, 920</sup>.

La influencia del feminismo moderno ha dado lugar a una interpretación nueva de la anorexia nerviosa<sup>921</sup>, que se presenta asociada con los papeles cambiantes de la mujer en las sociedades moderna en todas las culturas, aunque algunos estudios empíricos con escala de evaluación de actitudes (por ejemplo, la *Attitudes Toward Women Scale* y la *Eating Attitudes Test*) no han podido comprobarlo<sup>922</sup>. Las dos características básicas de la anorexia nerviosa, el deseo de conformarse a un ideal femenino definido socialmente y los intentos para evitar la apariencia y las consecuencias de llegar a ser una mujer adulta, son propias de un trastorno de identidad genérica<sup>923</sup>.

## Ascetismo

Se han descrito dos mecanismos de defensa característicos de la anorexia nerviosa, la intelectualización y el ascetismo. El primero es un rechazo al papel tradicional de la mujer, de lo que podríamos llamar "mujer neolítica", dedica da al cuidado del hogar y de la prole, a guisar y a ser el "reposo del guerrero". La adolescente que cae en la anorexia tiene otro ideal, el de asumir papeles hasta hace pocos años reservados casi con exclusividad a varones.

El ascetismo ha recibido, a pesar de ser un rasgo nuclear de la anorexia nerviosa, poco interés fuera de la bibliografía psicoanalítica. La razón es la resistencia a ir más allá de los paradigmas con las que la psiquiatría se encuentra cómoda y considerar aspectos que tienen que ver con la religión y la espiritualidad<sup>924</sup>. De hecho la religiosidad está omnipresente en la anorexia nerviosa, empezando por el ascetismo y la culpabilidad, los códigos éticos del sacrificio y la inmolación, de la lealtad, de la negación de la sexualidad y el pecado y la tentación<sup>925</sup>. La anorexia y el ascetismo comparten su pertenencia a un proceso de idealización<sup>926</sup> y en consecuencia de identificación.

El ascetismo se refiere a una negación de sí mismo, a una moral estricta a un rechazo de las tentaciones de cuerpo, de su sexualidad e incluso de su contingencia<sup>924, 927-929</sup>. El ascetismo relacionado con la ingesta y el desarrollo del cuerpo forma parte de las creencias religiosas en la anorexia nerviosa lo cual pretende dar un sentido a la inanición autoimpuesta y a los ideales de belleza de la mujer a lo largo del tiempo<sup>930-933</sup>, desde la edad media hasta nuestros días<sup>921, 934, 935</sup> y la identificación con una cultura<sup>936-938</sup>.

El ascetismo se correlaciona con temperamento colérico, caracterizado por un elevado control de la ira, perfeccionismo y miedo a madurar, lo que sugiere que la disciplina autoimpuesta y el elevado control de los pacientes con anorexia, están relacionados con un temperamento predispuesto a la cólera, a un temor a hacerse adulto y a un perfeccionismo morboso<sup>939</sup>. Alguno de estos rasgos de personalidad, inclu-

yendo los problemas de identidad, persiste años después de haber desaparecido el cuadro clínico<sup>940</sup>.

El ascetismo implica un control del cuerpo y del modo de ser, un control que culmina en la pérdida de las formas femeninas que hacen de la mujer un objeto de deseo. Mujeres así ha habido siempre y han resuelto sus aspiraciones de diversa manera. Una de ellas lo que Bell<sup>934</sup> llamó la "anorexia sagrada" en mujeres que a lo largo de la Edad Media entraban en órdenes religiosas llevadas por los mecanismos descritos. A veces los llevaban hasta el extremo y la inanición no era sólo corporal sino también espiritual. La brillante biografía que Octavio Paz<sup>941</sup> hace de Sor Juana Inés de la Cruz es la mejor descripción que puede hacerse de la psicología de la anorexia nerviosa, en su vertiente creativa.

Un ejemplo apasionante es el de Santa Librada, cuya leyenda ha ido incorporando gestas y se ha ido desgranando en otras santas a lo largo de un milenio. El personaje surge en un momento y lugar determinados con gran fuerza y originalidad, la Galicia del siglo II. Entre los aspectos culturales de la anorexia nerviosa está el hecho que antes de esa fecha hay pocos hechos que nos permitan sospecha de la existencia de este trastorno y forma de vida. Para que pueda darse se necesitan varias cosas. En primer lugar que la alimentación esté suficientemente garantizada, con una producción de calorías por habitante y de variedad que permita y al mismo tiempo obligue a una elección de lo que en cada momento se ha de comer. En segundo lugar es necesario algo que es consecuencia de lo anterior, que es que la elección de cuánto y cómo se ha de comer esté sometido a normas sociales y preceptos, los cuales se pueden asumir, se pueden violar o pueden ser objeto de un exceso como expresión de la búsqueda del dominio de las fuerzas instintivas que asaltan al individuo *ab inferos*. Aunque no lo hemos estudiado a fondo no es fácil recordar personajes mitológicos ni leyendas antiguas donde aparezcan los rasgos de la anorexia nerviosa, por lo menos con el esplendor que lo hace en la mito de Santa Librada. Decimos mito porque ni ella ni sus homólogas a las que nos referiremos más abajo, figuran en el Santoral de la Iglesia Católica, no aparecen documentadas en las Actas de los Mártires<sup>942</sup>, ni en el Martirologio Romano<sup>943</sup> aunque curiosamente si aparece alguna de sus hermanas como Santa Quitéria, a pesar de haber sido personajes de culto en muchos momentos de la historia.

El caso comienza en Balcagia, la actual Bayona (Pontevedra), hacia el año 119 siendo pretor de la Lusitania y de la Gallacia Lucio Catelio (o Cathelo) Severo cuando Calsia, su esposa, estando su marido ausente visitando sus posesiones, dio a luz en el mismo parto a nueve niñas. Un parto múltiple era considerado como un oprobio, una ofensa para todo el linaje, porque se suponía que cada retoño es hijo de un padre diferente y una monstruosidad porque sólo los animales tienen partos de esta naturaleza, en especial el cerdo, que es animal sucio e impuro por antonomasia. Por estos motivos Calsia ordenó a su sirviente Sila, que la había ayudado en el trance, que en el mayor secreto ahogara en el río Miñor a las nueve recién nacidas antes de que su padre se enterara de que la madre las había parido.

Sin embargo, Sila era cristiana devota y no obedeciendo el mandato, decidió criar en secreto a las nueve hermanas, las cuales fueron educadas por San Ovidio, obispo de Braga, e hicieron, ya en su adolescencia, voto de castidad. En una de las muchas persecuciones a las que las autoridades romanas sometían a los cristianos, Librada y sus hermanas fueron apresadas y llevadas ante el pretor. Calsia las reconoció y tuvo que confesar toda la verdad. Entonces Catelio quiso que sus hijas renunciaran a la fe en Jesucristo, cosa a la que las hermanas se negaron, a pesar de que se les había ofrecido riquezas y honores. Entonces el pretor no tuvo otra salida que condenarlas a muerte, como ordenaba la ley. Para evitar que su padre tuviera que ordenar su ejecución y la tragedia que eso suponía, las hermanas decidieron escaparse a sabiendas que al final otros romanos acabarían con sus vidas, como así fue. Todas sufrieron martirio en diferentes lugares, y para algunos historiadores Santa Librada murió crucificada el 18 de enero de 139 en Sainte-Livrade-sur-Lot, en la Aquitania, donde según algunos historiadores también había nacido y no en Balcagia<sup>1944</sup>.

La leyenda de Santa Librada y sus ocho hermanas rememora el destino de Moisés, salvado de las aguas del Nilo para conducir al pueblo de Israel a la tierra prometida. De un modo análogo, el destino de las nueve santas hermanas es el de liberar a las naciones del yugo pagano y conducir las al cristianismo, a través del ejemplo de su martirio.

Otras versiones señalan fechas muy posteriores a la historia, ya que los primeros acosos a los cristianos en la Galia son del 177, durante la persecución de Marco Aurelio y están circunscritas al área de Lugdunum, la actual Lion, otra hipótesis sitúa los acontecimientos durante el dominio de Diocleciano en los inicios del siglo IV y otras ya en el siglo V durante la dominación bárbara de la Aquitania<sup>945</sup>.

Otra versión de la leyenda sitúa a Librada en el siglo VIII, cuando aún niña, su padre, el rey de Portugal, sin duda pagano, la prometió en matrimonio al rey moro de Sicilia. Lo más probable es que ya antes Librada había hecho voto de castidad y pidió ayuda a Dios para que hiciera desaparecer de su cuerpo las formas femeninas, que ella combatía mediante el ayuno. La pérdida de peso pronto se acompañó de la aparición de lanugo, vello e incluso barba. Al final, Dios no tuvo más remedio que premiarla liberándola, de ahí el nombre de la Santa, del último atributo de su feminidad, el periodo menstrual. El final de la historia es que el rey, su padre, la mandó crucificar.

Las reliquias de Santa Librada fueron trasladadas desde la Aquitania, donde venían siendo veneradas desde el siglo VIII, a Sigüenza en el siglo XI. Desde el siglo XV es la patrona de esta ciudad porque hasta allí llevó su culto el obispo Don Fadrique que era de origen portugués. En el brazo norte del crucero de la catedral de esta ciudad se encuentra el altar de la Santa, de estilo plateresco, diseñado por Covarrubias en el siglo XVI, en el que aparecen estatuillas de las ocho hermanas pero no de Librada, cuyas reliquias se guardan en una arqueta de plata repujada en una hornacina en el centro

del retablo. Esta disposición revela poderosamente el triunfo de esta mujer singular que consiguió santificarse eclipsando su cuerpo incluso más allá de su muerte. Santa Librada se conoce como Liberata o Livrada en otros países.

La leyenda de Santa Librada se superpone con la de Wilgefortis, que también dejó de comer para evitar tener que contraer matrimonio. Muchos diccionarios de santos asimilan a Wilgefortis con Librada a pesar de que hoy está claro que son personajes e historias distintas aunque semejantes<sup>944, 946</sup>. A esto hay que añadir que las representaciones de Santa Librada y las de sus hermanas pretenden destacar la belleza, la prudencia y la elocuencia que han de adornar una buena reina medieval, ya que no dejan de ser hijas de un rey terrenal, Catelio, y un rey celestial, Jesucristo<sup>945</sup>, mientras que Wilgefortis en sus diversas versiones repele como mujer barbuda y masculinizada.

El caso es que la rebeldía de Wilgefortis, imperdonable en la Edad Media, hizo fracasar los planes matrimoniales de su padre ya que el pretendiente rompió el compromiso pactado. En represalia, su progenitor la hizo crucificar, modo de ejecución que no se había empleado desde la caída del Imperio Romano. Su martirio tuvo una gran repercusión y se extendió el ayuno como forma de evitar casamientos concertados por los padres. Las huellas visibles del ayuno, la pérdida de las formas femeninas, el crecimiento del vello y de la barba hicieron que la Santa fuera conocida y representada como santa barbuda, a veces con fisionomía masculina, como un Cristo crucificado. El mensaje no podía ser más claro, la rebeldía de la mujer adolescente sólo podía llevarla a renunciar y perder su feminidad a ser fuerte y virgen. De ahí el nombre de Wilgefortis, la virgen fuerte y otros que recibió como Dignefortis ('la fuerte en su dignidad') o Eutropia ('la bien educada').

Se ha propuesto otra etimología para Wilgefortis, posiblemente más exacta, pero ignorada por el pueblo que había creado la leyenda. De acuerdo con ella, el nombre proviene del antiguo alto alemán *hilge Vartz* o *Fratz* 'santo rostro', traducción del nombre de un famoso cuadro el *Volto Santo*<sup>947</sup>, atribuido durante mucho tiempo a Nicodemo, discípulo de Jesús, que se venera en la Basílica de Lucca. El cuadro representa a un Cristo crucificado, coronado, barbudo, de cabellos luengos y un tanto andrógino, vestido con una larga túnica<sup>948</sup>.

La Santa es invocada en momentos de crisis vinculadas a la condición femenina tales como en casos de esterilidad, cuando la esposa no "puede dar" un hijo al marido, para librarse de un matrimonio no deseado o para acabar con el tormento de uno ya consumado, para ocultar o terminar espontáneamente con un temido embarazo no deseado. Por eso recibe las advocaciones de *Uncumber* en inglés *Oncommer* o *die heilige Kummernis* en alemán *Comera*, *Cumerana*, *Komina*, *Kummernis*, *Kummernis*, *Ontcommene* y *Ontcommer*, *Ontkommen* y *Uncumber*, en otras lenguas germánicas, nombres derivan todos ellos de *kummern* 'preocuparse' y por lo tanto se recurre a la santa para pedir ser

liberada de una carga o preocupación, práctica que se hizo extensiva a la invocación en el momento de la muerte. Por eso también recibió los nombres de *Hulfe* (de *Hilfe*, 'ayuda') y de *Reginfledis*.

Se ha dicho que "las sombras contribuyen a que luz resplandezca mejor" y este principio late en muchas formas de castigo infringido a sí mismo para modificar la imagen corporal propia, desde el ayuno de santas y enfermas de anorexia, hasta las amputaciones para ser un inválido en la apotemnofilia. Por lo tanto hay que subrayar que la intelectualización y el ascetismo no son en sí mismos mecanismos psicológicos patológicos y que a una mayoría de mujeres les permite un desarrollo personal fructífero y satisfactorio y dar sentido a la propia vida. Lo que a una adolescente lleva al borde de la muerte, a una vida esclava de la enfermedad, sin más futuro que perder algunos gramos más o por lo menos de no ganarlos, a otros, como es el caso de Sor Juana Inés la llevan a la cumbre de la creación literaria.

## CONCLUSIONES

El estudio del cuerpo humano es el eje de la medicina. Si el médico ha de conocer al enfermo en la enfermedad y no sólo a la enfermedad en el enfermo (Marañón) resulta que este doble interés ha de llevarse a cabo desde una doble perspectiva, la de lo que algunos fenomenólogos han llamado el cuerpo como objeto y el cuerpo como sujeto. Este hecho también afecta al enfermo, el cual, de pronto, ha de enfrentarse a la realidad de tener un cuerpo que si bien antes silencioso, irrumpe en su conciencia como amenaza vital y como fuente de malestar y discapacidad y el ser un cuerpo (Marcel). Esta ambigüedad, que se hace patente de un modo especial en la enfermedad obliga al clínico a recurrir a conocimientos dispares y sin duda complejos, los cuales se analizan en profundidad y extensión, intentando armonizar historia del pensamiento, filología, filosofía e incluso teología, con primatología y neurociencia, todo ello sin perder el pie en la clínica.

El cuerpo humano en su doble vertiente ha sido y es un gran desconocido, cuando no un gran ultrajado al que se le ha cargado con sambenitos que no han hecho más que convertir, al propio y al de los demás, en objeto de escarnio o mercancía barata. La lectura de este trabajo llevara al que se embarque en ella a considerar que estas palabras no son exageradas. La conclusión final puede parecer una perogrullada, somos nuestro cuerpo y nuestro cuerpo es cada uno de nosotros, pero había que llegar a ella. Otra conclusión es que siendo lo que somos a veces no nos sentimos como somos y surgen así confrontaciones, unas veces más normales, otras más morbosas, que obligan al clínico a consideraciones éticas complejas y al científico a aceptar una patología de la identidad personal.

El texto está dividido en siete partes. La **primera parte, perspectivas sobre el cuerpo humano**, es un alegato contra el dualismo que permea los escritos sobre el mismo a lo largo

de la historia. Su supervivencia a través de los tiempos y su éxito se debe al hecho que proporciona un concepto simple y, sin duda de cierta utilidad, sobre la naturaleza humana: hay en nosotros dos sustancias una que nos distingue de los demás seres y del resto de los individuos de la especie humana, el alma, vida psíquica, mente o conciencia, y otra más indiferenciada, el cuerpo. La primera está destinada a dominar a éste, a sobrevivirle tras la muerte cuando éste, ya cadáver destinado a la putrefacción, es sepultado, incinerado o arrojado a la profundidad del mar. Este dualismo pretende, explicar el origen del mal y la actitud para derrotarlo, y lo hace con eficacia. El mal procede, *ab inferos*, de los bajos fondos del cuerpo, el alma, si obra adecuadamente podrá dominarlo y al hacerlo, asegurarse un puesto bienaventurado y eterno tras la desaparición del cadáver. Esta antropología tiene raíces muy antiguas. Aparece en los *Upvanisvads* de la época védica, quizás incluso hace más de ocho mil años. El dualismo aparece en textos órficos, en Platón y, sobre todo, es el núcleo de la gnosis que llega hasta nuestros días en forma de pensamiento "científico" y contamina como herejía la tradición cristiana y posiblemente otras que no hemos estudiado para evitar desviarse del propósito original.

Este alegato contra el dualismo nos hizo abandonar el proyecto de actualización y de una segunda edición de "El Cuerpo y la Corporalidad" publicado por Juan J. López Ibor y uno de nosotros en 1974, porque muchas veces se interpretó erróneamente como que se trataba de dos realidades, el cuerpo y la corporalidad, y no de una desde dos perspectivas diferentes. Además, el neologismo corporalidad contribuye a estigmatizar a la palabra cuerpo, algo que queremos evitar a toda costa.

Las perspectivas monistas también merecen una crítica. Es fácil un monismo que excluya uno de los componentes del dualismo en forma de un materialismo radical o de un espiritualismo. También es fácil si se atribuye a uno de los componentes del otro, en lo que se ha llamado una falacia mereológica, según la cual, el cerebro piensa, es consciente, se enamora, ora, padece o simplemente se ha vuelto loco. Nada de eso es cierto, el que piensa y hace todo lo demás es el sujeto que, sin duda no podría hacer nada de ello sin su cerebro, lo mismo que es él y no su estómago, el que pasa hambre, aunque sin su aparato digestivo no podría sobrevivir.

De los diversos monismos propuestos el que más se acerca a lo que consideramos esencial es el llamado **monismo de doble aspecto** que puede enriquecerse con la noción de **resolución quiasmática** de Merleau-Ponty en un monismo para el que no hemos encontrado otro nombre que el de **monismo quiasmático**, que bien podría llamarse también **janicular** o en honor al dios Jano de la mitología romana, de acuerdo con el cual los aspectos mentales y físicos son eso, dos aspectos distintos de la misma realidad, y que ambos tiene su propio valor adaptativo. El quiasmo resuelve el dilema entre la deducción, es decir el orden lógico del discurso que va de lo general a lo particular y la inducción que invierte es orden y va de lo particular a lo general, de una forma dinámica, yendo y viniendo de una a la otra en una tensión que no encuentra un pun-

to de equilibrio estable, de ahí su creatividad. Esta "*dualidad unitaria en sí misma*", viene a significar que es la estructura del pensamiento la que obliga a considerar el fenómeno del cuerpo humano, del cuerpo propio, desde dos perspectivas y no de que se trate de dos realidades diferentes.

La **segunda parte, confrontaciones entre el cuerpo objeto y el cuerpo sujeto**, revisa una serie de disgnosias, entre las que incluimos las agnosias propiamente dichas y el miembro fantasma, que son auténticos experimentos naturales para estudiar la experiencia del cuerpo propio. A ello añadimos experimentos como el de la mano de goma y otros de carácter sinestésico que conducen a conocer mejor como el cerebro genera la experiencia del cuerpo. alguna de estas situaciones se han utilizado para sustentar la supervivencia del alma como cuando Lord Nelson o el capitán Ahad consideran que la persistencia en la conciencia del miembro amputado es prueba de que el alma puede sobrevivir al perder no sólo un miembro sino todo el cuerpo.

De acuerdo con Ramachandran el cerebro genera un sistema estable para sopesar percepciones procedentes de fuentes distintas y así poder tomar decisiones adecuadas, lo que implica la inhibición o rechazo de la información discordante y que en consecuencia, la experiencia de un miembro fantasma depende de la integración de información proveniente de diferentes fuentes asociadas con la reorganización de los mapas cerebrales, las descargas motoras provenientes del miembro afectado, la imagen corporal que el propio sujeto tenga y la memoria de las sensaciones somática dolorosas producidas por el miembro dañando.

La neurobiología de las agnosias es compleja y diversa lo cual significa que la percepción del cuerpo propio es un fenómeno que requiere la participación de áreas y circuitos cerebrales muy diversos.

La **tercera parte, la percepción del cuerpo** trata de las diversas teorías sobre la percepción del cuerpo, que comienza con el *tactus intimus* o *tactus interior* de la escuela de Cirene. A lo largo de la historia se han propuesto muchas hipótesis para definir un sexto sentido o para describir como los cinco tradicionales se integran en un sentido común. Ya en el siglo XVIII surgen nociones como la de cenestesia, la importancia del movimiento en la percepción del cuerpo (cinestesia), o de la postura y la integridad vestibular y la distinción entre exterocepción, interocepción y propiocepción de Sherrington. Todas ellas son la base para considerar como el cerebro organiza un esquema postura sensoceptivo del cuerpo (Head y Holmes), u otro en el que participan el resto de las sensocepciones o esquema corporal (Pick) u otro al que se asocian elementos afectivos (Schilder)

En la **cuarta parte, como construye el cerebro los esquemas corporales** pretendimos analizar los procesos cerebrales implicados en la construcción de la experiencia corporal. El proceso mediante el cual el cerebro construye los esquemas corporales requiere la integración de información exteroceptiva, propioceptiva e interoceptiva entre sí

y con actividades ejecutivas del movimiento asociado a la misma, para lograr un contenido simbólico que permita una experiencia y un funcionamiento corporales armoniosos y eficaces. Los estudios neurobiológicos recientes aportan un cúmulo de información a veces difícil de integrar, en gran parte porque a muchos científicos básicos les faltan conocimientos de las ciencias humanas y de la clínica que permitan un lenguaje unívoco y coherente. Este es uno de los retos de la neurociencia que está siendo abordado por algunas, pocas, mentes esclarecidas. Entre las aportaciones más recientes están las de Craig sobre la estratificación de las funciones de la parte anterior del lóbulo de la ínsula y de aéreas adyacentes gracias a sus conexiones con otras áreas cerebrales, en la que se establece un escalonamiento que va de adelante a atrás, entre las funciones más elementales, que mantienen la homeostasis energética del individuo gracias a la sensación de saciedad, a las más complejas y simbólicas. En ellas juegan un papel importante las neuronas de von Economo y sus parientes cercanas, las neuronas en tenedor. También hay que destacar el papel de las "neuronas espejo" que son la estructura biológica heredada para reconocimiento de gestos y de respuestas corporales.

Dedicamos bastante espacio a una cuestión antigua, la de los procesos involucrados en el desarrollo de la imagen corporal se origina en la periferia, en definitiva en la piel y los órganos de los sentidos, o responden a mecanismos centrales, en definitiva, a la corteza cerebral. La discusión ha adquirido dimensiones nuevas con la cuestión de si la percepción corporal se genera a partir de estímulos propioceptivos o cenestésicos, concebidos de una manera amplia o estrecha, es decir, "de abajo a arriba" (*bottom-up*) o de si es necesaria en su génesis una participación más o menos importante del cerebro, "de arriba abajo" (*top-down*). La larga historia concluye con que son necesarios tanto unos como los otros en el desarrollo temporal de la percepción de nuestro propio cuerpo.

La quinta parte, la vivencia corporal trata de los aspectos más personales de la experiencia corporal cuyas alteraciones están presentes en muchas enfermedades mentales y del comportamiento, entre ellas algunos trastornos disociativos o de conversión, los trastornos somatomorfos (la hipochondría, el trastorno dismórfico corporal, los vértigos llamados psicógenos o timopáticos de López Ibor), la anorexia nerviosa, algunos trastornos de la identidad (trastorno de la identidad de la integridad corporal o apotemnofilia), en especial de la sexual (el transvestismo no fetichista, el transsexualismo, incluyendo el no homosexual varón-mujer) y en la elaboración psicológica de síntomas somáticos (síndrome de Munchausen o Münchhausen).

Para comprenderlos es necesaria una consideración fenomenológica de la experiencia humana que anclamos en el concepto de vivencia como experiencia vivida, cargada de sentido, que deja una huella en la persona. Vivenciar es convertir un dato en sí en un acontecimiento histórico y personal, y nada más significativo que lo que se refiere al cuerpo propio.

La vivencia corporal tiene una serie de características como el hecho de ser a la vez una experiencia en el mundo. La fenomenología concibe al cuerpo propio como estructurado alrededor de tres dimensiones de la experiencia, tales como, *la experiencia de mí mismo, la experiencia objetiva y dotada de sentido y la experiencia de otras personas: la intersubjetividad*. La experiencia de mí mismo es la mínima conciencia de sí mismo que, más allá de otras consideraciones fenomenológicas, está anclada en la experiencia del propio cuerpo y de su situación entre el resto de las personas y de los objetos mundanales. Se trata de la experiencia de habitar el mundo propio, de ser-ahí a través del cuerpo propio, que se manifiesta de maneras diferentes. El ser humano tiene una experiencia de sí mismo como ser consciente, dotado de una identidad, una idiosincrasia y que es el sujeto de su comportamiento en el más amplio sentido de la palabra. La subjetividad aporta un dato interesante en el concepto experiencial de uno mismo al darse uno cuenta que su propio cuerpo es algo más que un objeto del mundo. El cuerpo no es una cosa más, un objeto entre los objetos, sino subjetividad encarnada. La experiencia objetiva y dotada de sentido mantiene que el cuerpo humano no es un objeto más entre los muchos objetos que existen en el mundo, sino un sujeto que se trasciende a sí mismo, hacia el mundo y en torno al cual los objetos que hay en él se ordenan según su significación para mí (cuerpo). El cuerpo es el punto cero, desde el cual se organiza el mundo perceptivo. Toda cosa o cualidad se orienta en relación a mi cuerpo vivido. Esto también vale para lo imaginado o recordado, puesto que cualquiera sean sus características, sus cualidades o incluso su propia espacialidad, sólo puede ser imaginado o recordado en referencia a mi cuerpo. Es entonces a partir de mi cuerpo y de la percepción que tengo de él que yo voy a poder constituir el mundo que me rodea y a través del cual se organizan espacialmente los demás cuerpos; y así también, desde este centro que es mi cuerpo voy a constituir el mundo global, terrenal.

Por otra parte, la experiencia corporal no es afectivamente neutra, nada de lo que se refiere al cuerpo propio nos deja indiferentes y al revés, ninguna experiencia afectiva se produce sin una repercusión corporal (taquicardia, sudoración, variaciones de la tensión arterial y variaciones de las secreciones neuro-endocrinas) y comportamentales.

La vivencia cotidiana del cuerpo se caracteriza por dos cosas. La primera que se trata de una sensación inmediata de que el cuerpo propio está situado en un lugar y en un momento concretos y que en él se sitúa nuestro yo. Cuerpo y yo se perciben como una unidad en el mundo y separada de él. La segunda es que en condiciones normales apenas percibimos algo del propio cuerpo y sólo lo hacemos cuando enferma y produce molestias y dolores o cuando se exige de él un esfuerzo que le supera y entonces se nota el palpar del corazón, la respiración jadeante o la resistencia de músculos y articulaciones. Por eso uno de los hechos a tener en cuenta es que la enfermedad revela a un desconocido, el propio cuerpo, porque nadie sabe nada de su vesícula biliar, y ni siquiera si existe, hasta el día en que se tiene el primer cólico.

En la sexta parte, **confrontaciones entre cuerpo e identidad personal**, trata de una serie de trastornos que afectan a la vivencia corporal de un modo específico: la vivencia del mundo en la despersonalización; la conciencia de sí mismo en la despersonalización; el cuerpo vivido en síndrome de Cotard, en las grandes psicosis, en la hipocondría y los trastornos disociativos y de conversión o la vivencia del yo en los trastornos del humor y en los delirantes en general.

En la séptima parte, **los trastornos de identidad**, se analiza someramente el proceso de identificación desde las aportaciones de la primatología. La identidad no es una cualidad simple y estudios antropológicos recientes llevados a cabo con primates, en especial con chimpancés pigmeos o bonobos (*pan paniscus*) y con estudios sobre el comportamiento social de los homínidos y sus ancestros han llegado a la conclusión que uno de los misterios de la antropología, el llamado oximoron, que hace de la especie humana la más solidaria y la más violenta con sus congéneres se explica a través de mecanismos de identificación. Estos mecanismos derivan de la xenofobia de los primates que es consecuencia de su alto grado de socialización, que lleva a incursiones sanguinarias contra otros grupos mientras que crece la solidaridad intragrupo. Además, el crecimiento del cerebro no se explica por la realización de herramientas, que ya hacían sujetos con cerebros de menor peso, sino con la estructura social que obliga a la cría a distinguir muy precozmente y a identificarse con los individuos de su grupo social y a los de otros grupos. A partir de ahí todo lo intragrupo es lo mejor y los individuos de otros grupos son "infraindividuos" a los que se puede, y en ocasiones se debe, destruir. De esta manera la identidad del grupo no es la suma ponderada de la identidad de sus miembros, sino que estos se identifican con el grupo por una serie de cualidades percibidas.

En esta parte se incluye trastornos normalmente repartidos en categorías diferentes en los que hay una discrepancia entre la vivencia del cuerpo y la propia identidad. Son personas que rechazan su cuerpo, su aspecto en general o alguna de sus partes, no por razones estéticas, de forma o figura, como suele decirse, sino porque no se identifican con él. No se trata simplemente que les guste parecer, verse de esta u otra manera, o de un deseo de cambiar de aspecto, sino de que no se sienten así como son.

Entre ellas incluimos al trastorno dismórfico corporal y trastornos relacionados con él como la eritrofobia, la anorexia nerviosa, el trastorno de identidad de integridad corporal y los de naturaleza sexual (transexualismo, transvestismo no fetichista, trastorno de identidad sexual en la infancia).

La anorexia nerviosa es un caso paradigmático para el estudio de cuerpo e identidad, ya que los conceptos sobre este trastorno se han enriquecido con el estudio a lo largo de la historia de la espiritualización y el ascetismo, del rechazo al papel tradicional de la mujer, dedicada al cuidado del hogar y de la prole, a guisar y a ser el "reposo del guerrero". El ascetismo implica un control del cuerpo y del modo de ser, un control que culmina en la pérdida de las formas femeninas que son las que hacen de la mujer un objeto de deseo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tomás de Aquino. Suma de Teología. C.4 a.2. La naturaleza divina. 4 Ed. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2001.
2. Cohen H. You can negotiate anything. Secaucus NJ: Lyle Stuart; 1980.
3. Gallagher S. How the Body Shapes the Mind. New York: Oxford University Press; 2005.
4. Kogan A. Cuerpo y persona. Madrid: Taurus; 1981.
5. Marcel G. Journal métaphysique (1914-1923). Paris: Gallimard; 1927.  
Marcel G. Diario metafísico. Madrid: Ediciones Guadarrama; 1969.  
Marcel G. The Metaphysical Journal. Chicago: Henry Regnery Company; 1950.
6. Merleau-Ponty M. La structure du comportement Paris: Presses Universitaires de France; 1942.  
Merleau-Ponty M. La estructura del comportamiento. Buenos Aires: Editorial Hachette; 1976.  
Merleau-Ponty M. The Structure of Behaviour. Boston: Beacon Press; 1963.
7. Montagu A. Touching, the human significance of the skin. New York: Harper & Row; 1978.  
Montagu A. El tacto, la importancia de la piel. Buenos Aires: Paidós; 2004.
8. Crossley N. The phenomenological habitus and its construction. Theory and society 2001;30:81-120.
9. Foucault M. Surveiller et punir: naissance de la prison. Paris: Gallimard; 1976.  
Foucault M. Vigilar y castigar. Madrid: Siglo XXI; 1996.  
Foucault M. Discipline & Punish: The birth of the prison. New York: Vintage; 1995.
10. Blacking J. Towards an Anthropology of the Body. In: ASA Monograph 15 Editor. The Anthropology of the Body. London: Academic Press; 1977. p. 1-28.
11. Ortega y Gasset J. Meditaciones del Quijote o experimentos de nueva España (1914). En: Obras completas. 41 ed. Madrid: Revista de Occidente; 1957. Tomo II. p. 322.  
Ortega y Gasset J. Meditations on Quixote. New York: Norton; 1961.
12. Mariás J. Antropología metafísica. Madrid: Revista de Occidente; 1970.  
Mariás J. Metaphysical anthropology. The empirical structure of human life. University Park, Pennsylvania State: University Press; 1971.
13. Shilling C. The body and social theory. London: Sage; 2003.
14. Davis K. My body is my art: cosmetic surgery as feminist utopia? The European Journal of Women's Studies 1997;4(1):23-38.
15. Vesalius A. De humanis corporis fabrica libri septem. Basilea: Ex officina Joannis Oporini; 1543.  
Vesalius A. On the Fabric of the Human Body: A Translation of De corporis humani fabrica. San Francisco: Norman Publishing; 1998. <http://vesalius.northwestern.edu/>
16. Zubiri X. Sobre el hombre. Madrid: Alianza; 1986.
17. Mariás J, Laín Entralgo P. Historia de la filosofía y de la ciencia. Madrid: Guadarrama; 1964.
18. Grosz E. Volatile Bodies. Bloomington: Indiana University Press; 1994.
19. Welton D. The body: Classic and contemporary readings. Malden, MA: Blackwell; 1999.
20. Levin DM. The body's recollection of being: Phenomenological psychology and the deconstruction of nihilism. London: Routledge & Kegan Paul; 1995.
21. Mauss M. Les Techniques du corps. Journal de Psychologie

- 1934;32:3-4. En *Sociologie et anthropologie*. París: PUF; 1936.
- Mauss M. *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos; 1971.
- Mauss M. *Techniques of the body*. In: Schlanger N. Ed. *Techniques, technology and civilization*. Oxford and New York: Berghahn Books. Durkheim Press; 2006. p. 77-96.
22. Ramachandran VS. Consciousness and body image: lessons from phantom limbs, Capgras syndrome and pain asymbolia. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* 1998;353:1851-959.
  23. Sennett R. *Narcisismo y cultura moderna*. Barcelona: Kairós; 1980.
  24. Descamps MA. *L'invention du corps*. París: PUF; 1986.
  25. Chirpaz F. *Le corps*. 5 ed. París: PUF; 1977. p. 128.
  26. Morgagni JB. *De sedibus, et causis morborum per anatomen indagatis*. Padua: 1761.  
Morgagni JB. *The Seats and causes of diseases investigated by anatomy*. New York: Library of the New York Academy of Medicine; 1960.
  27. Lain Entralgo P. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat; 1978.
  28. Ortega y Gasset J. *Vitalidad, alma, espíritu*. En: Ortega y Gasset J. *Obras completas, tomo II (1916)*. Madrid: Fundación José Ortega y Gasset y Taurus; 2004. p. 566-85.
  29. Pokorny J. *Indogermanisches etymologisches Wörterbuch*. 5 ed. Bern: Francke; 2005.  
<http://indo-european.info/pokorny-etymology-dictionary/> y en <http://www.indo-european.nl/>
  30. Husserl E. *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie II: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*. In: Biemel M. Ed. *Husserliana, vol. 4*. Den Haag: Martinus Nijhoff; 1952.  
Husserl E. *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. México: Fondo de Cultura Económica; 1949.  
Husserl E. *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy - Second Book: Studies in the Phenomenology of Constitution*. Dordrecht: Kluwer; 1989.
  31. Scheler M. *Unsere Selbsttäuschungen*. *Zeitschrift für Pathopsychologie* 1911;1:87-163.
  32. Scheler M. *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik (1913-1916) Gesamte Werke, Band II* Francke Verlag: Bern, 1966.  
Scheler M. *El formalismo en ética y la ética material de los valores de 1913*. Madrid: Ed. Caparrós; 2000.  
Scheler M. *Formalism in Ethics and Non-Formal Ethics of Values: A New Attempt toward the Foundation of an Ethical Personalism*. Funk Evanston: Northwestern University Press; 1973.
  33. Scheler M. *Die Idole der Selbsterkenntnis*. In: *Vom Umsturz der Werte. Gesamte Werke, Band II*. Bern: Francke Verlag; 1966. p. 213-92.  
Scheler M. *Los ídolos del autoconocimiento*. Salamanca: Ed. Cristiandad; 2003.
  34. López Ibor JJ, López-Ibor Aliño JJ. *El Cuerpo y la Corporalidad*. Madrid: Gredos; 1974.
  35. Cencillo L, García JL. *Antropología cultural*. Madrid: Guadiana; 1973.
  36. Ryle G. *El concepto de lo mental*. Buenos Aires: Paidós; 1967.
  37. Ryle G. *The Concept of Mind*. Chicago: New University of Chicago Press; 2002.
  37. Kamper D, Rittner V. *Zur Geschichte des Körpers*. München-Wien: Carl Hanser Verlag; 1976.
  38. Beveridge A. *Time to abandon the subjective-objective divide? The Psychiatrist*. 2002;26:101-3.
  39. Ersser SJ, Atkins S. *Clinical Reasoning and Patient-centered care*. In: Higgins J, Jones M, editors. *Clinical reasoning in the Health Professions*. Oxford: Butterworth, Heinemann; 2000.
  40. López Ibor JJ. *La agonía del psicoanálisis*. Madrid: Espasa Calpe; 1951.
  41. Krehl L. *Krankheitsform und Persönlichkeit*. Leipzig: Thieme; 1929.
  42. Platón. *Diálogos II. Gorgias, Menéxeno, Eutidemo, Menón, Crátilo*. Madrid: Editorial Gredos; 1983.
  43. Platón. *Diálogos III: Fedón. Banquete. Fedro*. Madrid: Editorial Gredos; 2003.
  44. Platón. *Fedón*. En: *Diálogos. Obra completa en 9 volúmenes*. Madrid: Editorial Gredos; 2003.
  45. Platón *República*. En: *Diálogos. Obra completa en 9 volúmenes*. Madrid: Editorial Gredos, 2003. P. 613-7.
  46. Platón. *Timeo*. En: *Diálogos. Obra completa en 9 volúmenes*. Madrid: Editorial Gredos; 2003.
  47. Frisk H. *Griechisches Etymologisches Wörterbuch*. Heidelberg: Winter Verlag; 1954.
  48. <http://psychology.jrank.org/pages/2165/semiotic-terminology.html>>semiotic terminology - semiotics, sēma, sēmainein, sēmeion, dhyā,, dhyāti, dhyā-man, dentals, sēma:, symptōma, syndromē,, ē sēmeiōtikē teknē, sēmeiōtikon</a>
  49. Nagy G. *Sēma and Noēsis: Some Illustrations*. *Semiotics and Classical Studies: Arethusa* 1983;15(1-2):35-55.
  50. Bernal M. *Black Athena*. New York: Rutgers University Press; 2006.
  51. *The New Testament. Greek Lexicon*. <http://www.searchgodsword.org/lex/grk/view.cgi>.
  52. Apuleyo L. *Las Metamorfosis o El Asno de Oro*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2003.
  53. Bernabé Pajares A. *Platón y el Orfismo*. Seminario Orotava de Historia de la Ciencia - Año VII.  
En: <http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/>
  54. Guthrie WKC. *Orfeo y la religión griega*. Buenos Aires: Eudeba; 1970.
  54. Guthrie WKC. *Orpheus and Greek Religion*. London: Methuen; 1952.
  55. López Ibor JJ. *Freud y sus ocultos dioses*. Barcelona: Planeta; 1975.
  56. Platón. *Alcibiades I*. En: *Diálogos. Obra completa en 9 volúmenes*. Madrid: Editorial Gredos; 2003.
  57. Platón. *Fedro*. En: *Diálogos. Obra completa en 9 volúmenes*. Madrid: Editorial Gredos; 2003.
  58. Platón. *Leyes*. En: *Diálogos. Obra completa en 9 volúmenes*. Madrid: Editorial Gredos; 2003.
  59. Génesis 3, 19. En: *Biblia traducción interconfesional (BTI)*. Madrid: Biblioteca de autores cristianos; 2008.
  60. Waldenfels B. *Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 2000.
  61. Johnson M. *The body in the mind*. Chicago: The University of Chicago Press; 1987.
  62. Becker E. *Escape from Evil*. New York: Free Press; 1975.  
Becker E. *La lucha contra el mal*. México: Fondo de Cultura Económica; 1992.
  63. Descartes R. *Discours de la méthode*. París: Garnier-Flammarion; 1996.  
Descartes R. *Discurso del método*. Madrid: Alhambra; 1987.  
Descartes R. *Discourse on Method, Optics, Geometry, and Meteorology Introduction and*. Indianapolis: Hackett Publishing; 1998.
  64. Descartes R. *Meditationes de Prima Philosophia*. París: Michel



- Soly; 1641.  
Descartes R. Los principios de la filosofía. Madrid: Alianza; 1995.  
Descartes R. The Philosophical Writings of Descartes. Cambridge: Cambridge University Press; 1984.
65. Dilthey W. Einleitung in die Geisteswissenschaften: Versuch einer Grundlegung für das Studium der Gesellschaft und der Geschichte. 1922 In: Bernhard Groethuysen hrsg. Gesammelte Schriften Vol. 1. Leipzig-Stuttgart-Göttingen: B.G. Teubner y Vandenhoeck und Ruprecht (1914-2006).  
Dilthey W. Introducción a las ciencias del espíritu: ensayo de una fundamentación del estudio de la sociedad y de la historia. Madrid: Revista de Occidente; 1956.  
Dilthey W. Selected Works Volume I: Introduction to the Human Science. Princeton: Princeton University Press; 1991.
66. Bunge M. Epistemología. Madrid: Taurus; 1973.
67. Agustín de Hipona. Ciudad de Dios (libros I-VIII). Madrid: Editorial Gredos; 2006.
68. <http://www.aciprensa.com/Oracion/credo.htm>
69. <http://www.labibliaonline.com.ar/WebSites/LaBiblia/Oracion.nsf/Indice/CreDoNicaeConstantinopla?OpenDocument>
70. Runge Peña AK. Tras los rastros del ser-corporal-en-el-mundo en J.-J. Rousseau. Contribuciones a una Antropología histórico-pedagógica del cuerpo. 2002. Tesis doctoral. [http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS\\_derivate\\_000000000700le/](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000000700le/)
71. Kierkegaard S. Der Begriff der Angst. Philosophische Bissen. Die Krankheit zum Tode. Meiner, Hamburg: Meiner; 2005.  
Kierkegaard S. El concepto de la angustia. Madrid: Ediciones de la Revista de Occidente; 1930.  
Kierkegaard S. The Concept of Anxiety. Princeton: Princeton University Press; 1981.
72. Nietzsche FW. Obra selecta. Dos volúmenes. Madrid: Editorial Gredos; 2009.
73. Heidegger M. Sein und Zeit. In: Heidegger's Gesamtausgabe, vol 2, ed. F.W. von Herrmann; 1977.  
Heidegger M. Ser y Tiempo. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1997.  
Heidegger M. Being and time New York: Harper & Row; 1927.
74. Sartre JP. L'Être et le Néant «essai d'ontologie phénoménologique». Paris: Gallimard; 1943.  
Sartre JP. El ser y la nada. Buenos Aires: Losada; 2005.  
Sartre JP. Being and Nothingness: An Essay on Phenomenological Ontology. New York: Philosophical Library; 1956.
75. Starobinski J. Rousseau. La transparence et l'obstacle. Suivi de Sept Essais sur Rousseau. Paris: Gallimard; 1971.  
Starobinski J. Rousseau: la transparencia y el obstáculo. Madrid: Taurus; 1983.  
Starobinski J. Rousseau: Transparency and Obstruction. Chicago: University of Chicago Press; 1997.
76. Nietzsche F. Menschliches Allzumenschliches. Ein Buch für freie Geister; Frankfurt/a.M.: Insel Verlag; 1982.  
Nietzsche F. Humano, demasiado humano. Madrid: EDAF; 1984.  
Nietzsche F. Human, All Too Human: A Book for Free Spirits. Lincoln: University of Nebraska Press; 1984.
77. Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la Perception. Paris: Gallimard; 1945.  
Merleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción. Barcelona: Editorial Altaya; 1999.  
Merleau-Ponty M: Phenomenology of perception. London: Routledge; 1962.
78. Margolis J. Philosophy of Psychology. Nueva Jersey: Prentice-Hall; 1984.
79. Putnam H. The nature of mental states. In: Lycan W, Ed. Mind and cognition. Oxford: Blackwell; 1990.
80. Searle J. Minds, brains and science. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1984.
81. Calderón de la Barca P. La vida es sueño. 10 Ed. Madrid: Espasa Calpe; 1990.  
Calderón de la Barca P. Life is a dream. New York: Dover Thrift Editions; 2002.
82. Diderot D. Entretien entre d'Alembert et Diderot. Paris: Garnier-Flammarion; 1965.
83. Churchland PM. Neural Networks and Commonsense. In: Baumgartner P, Payr S. Ed. Speaking Minds: Interviews with Twenty Eminent Cognitive Scientists. Princeton: Princeton University Press; 1995.
84. Churchland PM. Eliminative materialism and the propositional attitudes. In: Rosenthal D. Ed. The nature of mind. New York: Oxford University Press; 1991.
85. Churchland PM. Neurophilosophy: Toward a Unified Science of the Mind/Brain. Cambridge, MA: MIT Press; 1986.
86. Crick F. The Astonishing Hypothesis: New York: Scribners; 1994.  
Crick F. La búsqueda científica del alma: una revolucionaria hipótesis para el siglo XXI. Madrid: Debate; 1994.
87. Roudinesco E. Pourquoi la psychanalyse? Paris: Fayard; 1999. p. 65 et 88.  
Roudinesco E. ¿Por qué el psicoanálisis? Buenos Aires: Paidós; 2000.
88. Bricmont J. Le dualisme méthodologique peut-il sauver la psychanalyse? SPS, Science et pseudo-sciences n° 293, hors-série Psychanalyse; 2010.
89. Weiskrantz L. Percepts, Brain Imaging and the Certainty Principle: A Triangular Approach to the Scientific Basis of Consciousness. Waco, Tex: Baylor University; 1999. <http://www.baylor.edu/content/services/document.php/30844.pdf>.
90. Stuss DT, Benson DF. The frontal lobes. New York: Raven; 1986.
91. LaBerge S. Lucid dreaming: Psychophysiological studies of consciousness during REM sleep. In: Bootzen RR, Kihlstrom JF, Schacter DL. Ed. Sleep and Cognition. Washington, DC: American Psychological Association; 1990. p. 109-26.
92. LaBerge D, Kasevich R. The apical dendrite theory of consciousness. Neural Netw. 2007;20(9):1004-20.
93. Kinsbourne M. Integrated cortical field model of consciousness. Ciba Found Symp. 1993;174:43-50; discussion 51-60.
94. Hagmann P, Cammoun L, Gigandet X, Meuli R, Honey CJ, Wedeen VJ, Sporns O. Mapping the structural core of human cerebral cortex. PLoS Biology. 2006;6:59.
95. Sporns O, Honey CJ, Kötter R. Identification and classification of hubs in brain networks. PLoS One. 2007 Oct 17;2(10):e1049.
96. Llinás RR, Ribary U. Temporal conjunction in thalamocortical transactions. Adv Neurol. 1998;77:95-102.
97. Ribary U. Dynamics of thalamo-cortical network oscillations and human perception. Prog Brain Res. 2005;150:127-42.
98. Eliot L. Pink Brain, Blue Brain: How Small Differences Grow Into Troublesome Gaps - And What we can do about it. Boston, New York: Houghton, Mifflin Harcourt; 2009.
99. Bennett MR, Hacker PMS. Philosophical Foundations of Neuroscience. Philosophical foundations of neuroscience. Malden, MA: Blackwell Publishing; 2003.
100. Leonard HS, Goodman N. The calculus of individuals and its uses. J Symbolic Logic. 1940;5(2):45-55.

101. Goodman N. *The Structure of Appearance*. Cambridge, Ma: Harvard University Press; 1951.
102. Lowe B. At the Autopsy of Vaslav Nijinsky. *The New Republic*. April 21, 2010. <http://www.tnr.com/article/the-autopsy-vaslav-nijinsky>
103. Stubenberg L. Neutral Monism. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2010 Edition), Edward N. Zalta (ed.). <http://plato.stanford.edu/archives/spr2010/entries/neutral-monism/>
104. Yalowitz Steven. "Anomalous Monism", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2008 Edition), Edward N. Zalta (ed.). <http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/anomalous-monism/>
105. Davidson D. *Essays on Actions and Events*. Oxford: Oxford University Press; 1980.
106. Davidson D. *Mental Events*. In: D. Davidson *Essays on Actions and Events*. Oxford: Oxford University Press; 1980.
107. O'Shaughnessy B. *The Will, a dual aspect theory*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1980.
108. Polkinghorne J. Mind and matter: A physicist's view. *Philosophical Investigations*. 2009;32(2):105-12. Online: DOI: 10.1111/j.1467-9205.2008.01365.x
109. Searle J. The future of philosophy. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 1999;29:2069-80.
110. Solms M, Turnbull O. *The brain and the inner world: An introduction to the neuroscience of subjective experience*. London: Karnac; 2002.
111. Nagel T. What is it like to be a bat? *The Philosophical Review* 1974;LXXXIII(4):435-50. <https://organizations.utep.edu/Port...>
112. Kant I. *Kritik der reinen Vernunft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1974. Trad.: *Crítica de la razón pura*. Madrid: Tecnos; 2002. Kant I. *Critique of Pure Reason*. London: Penguin Modern Classics; 2007.
113. de Vignemont F. A Review of Shaun Gallagher, How the body shapes the mind. *Psyche*. 2006;12:1-7. <http://www.theassc.org/files/assc/2625.pdf>
114. Milner D, Goodale MA. *The visual brain in action*. New York: Oxford University Press; 1995.
115. Jacob P, Jeannerod J. *Ways of Seeing*. New-York: Oxford University Press; 2003.
116. Gallagher S, Meltzoff A. The earliest sense of self and others: Merleau-Ponty and recent developmental studies. *Philosophical psychology*. 1996;9(2):211-33.
117. Weber M. *Ensayos sobre metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2006.
118. López Ibor JJ. *Los problemas de las enfermedades mentales*. Barcelona: Labor; 1949.
119. Jores A. *Praktische Psychosomatik und Psychologische Medizin*. München: Urban und Schwarzenberg; 1996.
120. Rof Carballo J. *Patología Psicósomática*. Madrid: Paz Montalvo; 1959.
121. López Ibor JJ. *La angustia vital*. Madrid: Paz Montalvo; 1950.
122. World Health Organization. *The ICD-10 International Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO; 1992. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciónes clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992.
123. APA American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4 ed. Washington DC: APA Press; 2000. Asociación Americana de Psiquiatría. *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2002.
124. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard; 1972. Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. 2 ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1976. Foucault M. *History of Madness*. New York: Routledge; 2009.
125. Esquirol E. *Tratado completo de las enajenaciones mentales*. Madrid: Gómez de Blas, Juan; 1856.
126. Pinel Ph. *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale*. 2 ed. Paris: JA Broson; 1809. Pinel Ph. *Treatise on Insanity*. Birmingham: Classics of Psychiatry & Behavioral Sciences Library, Gryphon Editions Inc; 1988.
127. Verplaetse J. Chapter 7: Moral insanity as a disorder of the moral sense. In: Verplaetse J. *Localizing the Moral Sense: Neuroscience and the Search for the Cerebral Seat of Morality, 1800-1930*. New York: Springer; 2009. p. 193. <http://books.google.com/books?id=3n-G-770ploC&pg=PA193>
128. Prichard JA. *A treatise on insanity, and other disorders affecting the mind*. London: Sherwood, Gilbert, and Piper; 1835.
129. Berrios GE. JC Prichard and the Concept of 'Moral Insanity'. *Classic Text N° 37. History of Psychiatry* 1999;10:111-26.
130. Berrios GE. *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 426. Berrios GE. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México: Fondo de Cultura Económica; 2008.
131. Griesinger W. *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten: für Aerzte und Studierende*. Stuttgart: A Krabbe; 1861.
132. Ellenberger, Henri F. *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Madrid: Editorial Gredos; 1976.
133. Lotze RH. *Medizinische Psychologie oder Physiologie der Seele*. Leipzig: Weidman'sche Buchhandlung; 1852.
134. Castilla del Pino C. *Introducción a la Psiquiatría. Vol 1. Problemas generales. Psicopatología*. Madrid: Alianza; 1982.
135. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. 15 ed. Stuttgart: Thieme; 2007. Schneider K. *Patopsicología Clínica*, 4 ed. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1975. Schneider K. *Clinical Psychopathology*. New York: Grune and Stratton; 1959.
136. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. 8 ed. Berlin: Springer; 1955. Jaspers K. *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica; 1993. Jaspers K. *General Psychopathology*. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press; 1997.
137. Publio Ovidio Nason. *Fastos*. Madrid: Editorial Gredos; 1988.
138. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington DC: American Psychological Association; 1999.
139. Espinel Marcos JL. *Evangelio según San Juan: introducción, traducción y comentario*. Salamanca: Editorial San Esteban; 1998.
140. Grothe M. *Never let a fool kiss you or a kiss fool you: chiasmus and a world of quotations that say what they mean and mean what they say*. New York: Viking; 1999.
141. Ramírez Cobián MT. *Cuerpo y arte para una estética merleau-pontiana*. México: Universidad Autónoma del Estado

- de México; 1996.
142. Merleau-Ponty M. *Le Visible et L'Invisible*. Paris: Gallimard; 1964.
  - Merleau-Ponty M. *Lo visible y lo invisible*. Barcelona: Seix y Barral; 1970.
  - Merleau-Ponty M. *The Visible and the Invisible*. Northwestern: University Press, Evanston IL; 1945.
  143. Zaner RM. *The Problem of Embodiment*. Den Haag: Martinus Nijhoff; 1964. p. 13-4.
  144. Damasio AR. The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 1996 Oct 29;351(1346):1413-20.
  145. Ramachandran VS. Consciousness and body image: lessons from phantom limbs, Capgras syndrome and pain asymbolia. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* 1998;353:1851-959.
  146. Searle J. The future of philosophy. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 1999;29:2069-80.
  147. Solms M, Turnbull O. *The brain and the inner world: An introduction to the neuroscience of subjective experience*. London: Karnac; 2002.
  148. Damasio A. *Looking for Spinoza. Joy, Sorrow, and the Feeling Brain*. New York: Harcourt; 2003.
  149. Churchland PM. Eliminative materialism and the propositional attitudes. In: Rosenthal D. Ed. *The nature of mind*. New York: Oxford University Press; 1991.
  150. Crick F. *The Astonishing Hypothesis*: New York: Scribners; 1994.
  - Crick F. *La búsqueda científica del alma: una revolucionaria hipótesis para el siglo XXI*. Madrid: Debate; 1994.
  151. Hume D. *An Enquiry concerning Human Understanding*. 3 ed. Oxford: Clarendon Press; 1975.
  - Hume D. *Investigación sobre el Conocimiento Humano*. 3 Ed. Madrid: Alianza Editorial; 1983.
  152. Stein DJ. What is the self? A psychobiological perspective. *CNS Spectr*. 2007;12(5):333-6.
  153. Barkley RA. The executive functions and self-regulation: an evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychol Rev*. 2001;11:1-29.
  154. Lakoff G, Johnson M. *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and Its Challenge to Western Thought*. New York, NY: Basic Books; 1999.
  155. Churchland PS. *Brain-Wise: Studies in Neurophilosophy*. Cambridge, Mass: MIT Press; 2002.
  156. Gallagher S. Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends Cogn Sci*. 2000;4:14-21.
  157. Zeki S. The construction of colours by the cerebral cortex. *Proc R Inst Gt Britain*. 1984;56:231-57.
  158. Ramírez Cobián MT. *Cuerpo y arte para una estética merleau-pontiana*. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 1996.
  159. Mosher H. Schmerzzustände nach Amputation. *Arztl MH*. 1948;11:977.
  160. Ramachandran VS, Hirstein W. The perception of phantom limbs: the D.O Hebb lecture. *Brain*. 1998;121:1603-30.
  161. Ramachandran VS, Rogers-Ramachandran D. Phantom Limbs and Neural Plasticity. *Arch Neurol*. 2000;57:317-20.
  162. Melville H. *Moby-Dick, the Whale*. London: Constable; 1922.
  - Melville H. *Moby-Dick, la ballena*. Barcelona: Planeta; 1974.
  163. Melzack R, Bromage PR. Experimental phantom limbs. *Exp Neurol*. 1973;39:9-261
  164. Pinéas H. *Ei Fall von phantömähnlichen Erscheinungen (Phantomarm) bei hemiplegischer Lähmung*. *Nervenarzt* 1932;5:233-6.
  165. Mayer-Gross W. Ein Fall von Phantomarm nach Plexuserreissung. *Nervenarzt* 1929;2:65-72.
  166. Halligan PW, Marshall JD, Wade DT. Three arms: a case study of supernumerary phantom limb after right hemisphere stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1993;56:159-66.
  167. Devinsky O. Delusional misidentifications and duplications: right brain lesions, left brain delusions. *Neurology*. 2009;67(2):80-7.
  168. Sellal F, Renaseau-leclerc C, Labrecque R. L'homme à six bras. Un examen de membres fantômes surnuméraires après ramollissement sylvien droit. *Rev Neurol (Paris)*. 1996;152(3):190-5.
  169. Hasenjaeger Th, Pötzl O. Phantomarm bei Plexuslähmung. *Deuts Zeit Nervkr*. 1941;152:112.
  170. Simmel M. The reality of phantoms sensations. *Social Res*. 1962;29:337-56.
  171. Tiemersma D. Body schema and body image: An interdisciplinary and philosophical study. Amsterdam: Swets & Zeitlinger; 1989.
  172. Katz J, Melzack R. Pain 'memories' in phantom limbs: review and clinical observations. *Pain*. 1990;43:319-36.
  173. Sherman RA, Sherman CJ, Parker L. Chronic phantom and stump pain among American veterans: results of a survey. *Pain*. 1984;18:83-95.
  174. Jensen TS, Krebs B, Nielsen J, Rasmussen P. Immediate and long-term phantom limb pain in amputees: incidence, clinical characteristics and relationship to pre-amputation limb pain. *Pain*. 1985;21:267-78.
  175. Jackson JH. On the comparative study of diseases of the nervous system. *Br Med J*. 1889;2:355-62.
  176. Browder EJ, Gallagher JP. Dorsal cordotomy for painful phantom limb. *Ann Surg*. 1948;128:456-69.
  177. Sunderland S. *Nerves and nerve injuries*. 2 ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1978.
  178. Bailey AA, Moersch FP. Phantom limb. *CMAJ* 1941;45(1):37-42.
  179. Bailey AA, Moersch FP. Phantom limb. *CMAJ* 1992;146(11):1959-61.
  180. Frederiks JAM. Disorders of the body schema. En: Vinken PJ, Bruyn GW, Ed. *Handbook of Clinical Neurology* vol. 4. Amsterdam: Noth-Holland Publ Co; 1969. p. 207-40.
  181. Simmel ML. Phantoms in patients with leprosy and in elderly digital amputees. *Am J Psychol*. 1956;69:529-45.
  182. Szasz TS. Psychiatric aspects of vagotomy, IV. Phantom ulcer pain. *Arch Neurol Psychiat*. 1949;62:728.
  183. Ramachandran VS, McGeoch PD. Occurrence of phantom genitalia after gender reassignment surgery. *Med Hypotheses*. 2007;69(5):1001-3.
  184. Christian P. Zur Phanomenologie des leiblichen Daseins. *Jahrbuch für Psychologische Psychotherapie und moderne Anthropologie* 1960;7:1-15.
  185. López Ibor JJ. Sobre la génesis del esquema corporal. A propósito de un campo visual fantasma. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1954;13:94-7.
  186. Parkes CM. Factors determining the persistence of phantom pain in the amputee. *J Psychosom Res*. 1973;17:97-108.
  187. Zuk GH. The phantom limb: a proposed theory of unconscious origins. *J Nerv Ment Dis*. 1956;124:510-3.
  188. Melzack R. Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends Neurosci*. 1990;13:88-92.
  189. La Croix R, Melzack R, Smith D, Mitchell N. Multiple phantom limbs in a child. *Cortex*. 1992;28:503-7.
  190. Ramachandran VS. Behavioral and magnetoencephalographic correlates of plasticity in the adult human brain. *Proc Natl*

- Acad Sci USA 1993b;90:10413-20.
191. Saadah ES, Melzack R. Phantom limb experiences in congenital limb-deficient adults. *Cortex*. 1994;30:479-85.
  192. Weinstein S, Sersen EA, Vetter RJ. Phantoms and somatic sensations in cases of congenital aplasia. *Cortex*. 1964;1:276-90.
  193. Poock K. Phantom limbs after amputation and in congenital missing limbs. *Dtsch Med Wochenschr*. 1969;94:2367-74.
  194. Melzack R. Phantom limb pain. *Patol Fiziol Eksp Ter*. 1992;(4):52-4.
  195. Melzack R. Phantom limbs. *Sci Am*. 1992;266(4):120-6.
  196. Head H. *Studies in neurology*. London: Oxford Univ Press; 1920.
  197. Hoff H, Pözl O. Cerebral representation of median of body image and visual space. *Wien Z Nervenheilkd Grenzgeb*. 1955;11(1):12-42.
  198. Hoff H, Pözl O. Transformations Between Body Image and External World. In: Brown J. *Agnosia and Apraxia. Selected Papers of Liepmann, Lange, and Pözl*. Philadelphia: Psychology Press; 1988. p.251-62.
  199. Penfield W, Rasmussen TL. *The cerebral cortex of man: a clinical study of localization of function*. New York: MacMillan; 1950.
  200. Merzenich MM, Nelson RJ, Stryker MP, Cynader MS, Schoppmann A, Zook JM. Somatosensory cortical map changes following digit amputation in adult monkeys. *J Comp Neurol*. 1984;224:591-605.
  201. Calford MB, Tweedale R. Immediate expansion of receptive fields of neurons in area 3b of macaque monkeys after digit denervation. *Somatosens Mot Res*. 1991b;8:249-60.
  202. Yang TT, Gallen C, Schwarz B, Bloom FE, Ramachandran VS, Cobb S. Sensory maps in the human brain. *Nature*. 1994;368:592-3.
  203. Yang TT, Gallen CC, Ramachandran VS, Cobb S, Schwartz BJ, Bloom FE. Noninvasive detection of cerebral plasticity in adult human somatosensory cortex. *Neuroreport*. 1994;5:701-4.
  204. Pons TP, Garraghty PE, Ommaya AK, Kaas JH, Taub E, Mishkin M. Massive cortical reorganization after sensory deafferentation in adult macaques. *Science*. 1991;252:1857-60.
  205. Bear MF, Cooper LN, Ebner FF. A physiological basis for a theory of synapse modification. *Science*. 1987;237:42-8.
  206. Cramer KS, Sur M. Activity-dependent remodeling of connections in the mammalian visual system. *Curr Opin Neurobiol*. 1995;5:106-11.
  207. Kaas JH, Florence SL. *Brain reorganization and experience*. Peabody J Educ. 1996;71:152-67.
  208. Ramachandran VS, Rogers-Ramachandran D, Cobb S. Touching the phantom limb. *Nature*. 1995;377:489-90.
  209. Weizsäcker V. *Der Gestaltkreis*. Stuttgart: Thieme; 1950. Weizsäcker V. *El círculo de la forma. Teoría de la unidad de percepción y movimiento*. Madrid: Ediciones Morata; 1962.
  210. Dieguez S, Staub F, Bogousslavsky J. *Asomatognosia*. In: Goderfroy O, Bogousslavsky J. *Ed. The behavioral and cognitive neurology of stroke*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. p. 215-53.
  211. Pearce J. *Misoplegia*. *European Neurology*. 2007;57:62-4.
  212. Arzy S, Overney L, Landis T, Blanke O. Neural mechanisms of embodiment: Asomatognosia due to premotor cortex damage. *Archives of Neurology*. 2006;63:1022-5.
  213. Ramachandran VS, Altschuler EL. The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function. *Brain*. 2009;132(Pt7):1693-710.
  214. Brugger P. Are "presences" preferentially felt along the left side of one's body? *Percept Mot Skills*. 1994;79(3):1200-2.
  215. Goldenberg G. Disorders of body perception. In: TE Feinberg TE, Farah M, Ed. *Behavioral neurology and clinical neuropsychology*. New York: McGraw-Hill; 1997. p. 289-96.
  216. Feinberg TE, Venneri A, Simone AM, Fan Y, Northoff G. The neuroanatomy of asomatognosia and somatoparaphrenia. *J Neuro Neurosurg Psychiatry*. 2010;81(3):276-81.
  217. Giummarra JM, Gibson SJ, Georgiou-Karistianis N, Bradsha JL. Mechanisms underlying embodiment, dis embodiment and loss of embodiment. *Neurosci Biobehav Rev*. 2008;32:143-60.
  218. Kritikos A, Breen N, Mattingley JB. Anarchic hand syndrome: bimanual coordination and sensitivity to irrelevant information in unimanual reaches. *Cogn Brain Res*. 2005;24:634-47.
  219. Biran I, Giovannetti T, Buxbaum L, Chatterjee A. The alien hand syndrome: what makes the alien hand alien? *Cognit Neuropsychol*. 2006;23:563-82.
  220. Van Vleuten CF. *Linksseitige Motorische Apraxie. Ein Beitrag zur physiologie des balkens*. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. 1907;64:203-39.
  221. Goldstein K. *Zur Lehre von der motorischen Apraxie*. *Journal für Psychologie und Neurologie* 1908;11:169-87, 270-83.
  222. Hidalgo-Borrajo R, Belaunzaran-Mendizábal J, Hernández-Goñi P, Tirapu-Ustárriz J, Luna-Lario P. Síndrome de la mano ajena: revisión de la bibliografía. *Rev neurol*. 2009;48(10):534-9.
  223. Akelaitis A. Studies on the corpus callosum IV: Diagnostic dyspraxia in epileptics following partial and complete section in the corpus callosum. *Am J Psychiatry*. 1945;101:594-9.
  224. Brion S, Jedynak CP. *Troubles du transfert interhémisphérique (callosal disconnection). A propos de trois observations de tumeurs du corps calleux: le signe de la main étrangère*. *Rev Neurol (Paris)*. 1972;126:257-66.
  225. Bogen JE. *The callosal syndrome*. In: Heilman KM, Valenstein E, Ed. *Clinical neuropsychology*. New York: Oxford University Press; 1979. p. 308-59.
  226. Della Sala S, Marchetti C, Spinnler H. The Anarchic hand: a fronto-mesial sign. In: Boller F, Grafman J. *Handbook of Neuropsychology*. Ed. Vol 9. Amsterdam: Elsevier; 1994. p. 233-55.
  227. *Citado por Blakeslee S, Blakeslee M. The body has a mind of its own*. New York: Random House; 2007. p. 101.
  228. Fisher CM. Alien Hand Phenomena: A review with the addition of six personal cases. *Can J Neurol Sci*. 2000;27:192-203.
  229. Denny-Brown D. The nature of apraxia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1958;126:9-32.
  230. Chan JL, Liu AB. The alien hand syndrome (AHS) in anterior cerebral artery (ACA) territory infarction: evidence for the contribution of the corpus callosum (CC) midbody to the development of the AHS. *Neurology*. 1994;44(Suppl.2):292.
  231. Geschwind DH, Iacobini M, Mega MS, et al. Alien hand syndrome: interhemispheric motor disconnection due to a lesion in the midbody of the corpus callosum. *Neurology*. 1995;45:802-8.
  232. Tanaka Y, Yoshida A, Kawahata N, et al. Diagonistic dyspraxia. Clinical characteristics, responsible lesion and possible underlying mechanism. *Brain*. 1996;119:859-73.
  233. Goldberg G, Bloom KK. The alien hand: localization, lateralization, and recovery. *Am J Phys Med Rehabil*. 1990;69(5):228-38.
  234. Bartolo M, Zucchella C, Pichicchio A, Pucci E, Sandrini G, Sinforiani E. Alien hand syndrome in left posterior stroke. *Neurol Sci*. 2011 Jun;32(3):483-6.
  235. Schaefer M, Heinze HJ, Galazky I. Alien hand syndrome: neural correlates of movements without conscious will. *PLoS One*.

- 2010 Dec 13;5(12):e15010.
236. Critchley M. Personification of paralysed limbs in hemiplegics. *Brit Med J.* 1955;2:284-6.
  237. Loetscher T, Regard M, Brugger P. Misoplegia: a review of the literature and a case with- out hemiplegia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2006;77:1099-100.
  238. Critchley M. Misoplegia, or hatred of hemiplegia. *Mt Sinai J Med.* 1974;41:82-7.
  239. Grusser OJ, Landis T. Vision and Visual Dysfunction. Vol 12. Visual Agnosias and Other Disturbances of Visual Perception and Cognition. Florida: The Macmillan Press LTD; 1991.
  240. Hecaen H, Angelergues R. Agnosia for faces (prosopagnosia). *Arch Neurology.* 1962;7:92-100.
  241. Malvin C, Perez-Cruet J. Prosopagnosia. *Neuropsychology.* 1964;2:237-46.
  242. De Renzi E, Perani D, Carlesimo GA, Silveri MC, Fazio F. Prosopagnosia can be associated with damage confined to the right hemisphere. An MRI and PET study and review of the literature. *Neuropsychologia.* 1994;32(8):893-902.
  243. Meadows JC. The anatomical basis of Prosopagnosia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1974;37:489-501.
  244. Damasio AR, Damasio H, Van Hoesen GW. Prosopagnosia: Anatomic basis and behavioral mechanisms. *Neurology (NY).* 1982;32:331-41.
  245. Rapcsak SZ, Polster MR, Glisky ML, Comer JF. False recognition of unfamiliar faces following right hemisphere damage: neuropsychological and anatomical observations. *Cortex.* 1996;32(4):593-611.
  246. Lopera F, Ardila A. Prosopamnesia and visuolimbic disconnection syndrome: A case study. *Neuropsychology.* 1992;6:3-12.
  247. Russell M, Bauer RM. Visual hypoemotionality as a symptom of visual- limbic disconnection in man. *Arch Neurology.* 1982;39:702-8.
  248. Kanwisher N, McDermott J, Chun MM. The fusiform face area: a module in human extrastriate cortex specialized for face perception. *J Neurosci.* 1997;17(11):4302-11.
  249. Bohlhalter S, Fretz C, Weder B. Hierarchical versus parallel processing in tactile object recognition: a behavioural-neuroanatomical study of aperceptive tactile agnosia. *Brain.* 2002;125(11):2537-48.
  250. Balsamo M, Trojano L, Giamundo A, Grossi D. Left hand tactile agnosia after posterior callosal lesion. *Cortex.* 2008 Sep;44(8):1030-6.
  251. Nakamura J, Endo K, Sumida T, Hasegawa T. Bilateral tactile agnosia: a case report. *Cortex.* 1998;34(3):375-88.
  252. Estañol B, Baizabal-Carvallo JF, Senties-Madrid H. A case of tactile agnosia with a lesion restricted to the post-central gyrus. *Neurol India.* 2008;56(4):471-3.
  253. Caselli RJ. Rediscovering tactile agnosia. *Mayo Clin Proc.* 1991;66(2):129-42.
  254. Gerstmann J. Fingeragnosie: eine umschriebene Störung der Orientierung am eigenen Körper. *Wiener Klinische Wochenschrift.* 1924;37:1010-2.
  255. Gerstmann J. Zür Symptomatologie der Hirnläsionen im Übergangsgebiet der unteren Parietal - und mittleren Occipitalwindung. *Nervenarzt.* 1930;3:691-5.
  256. Benton AL, Meyers A. An early description of the Gerstmann's syndrome. *Neurology.* 1956;8:838-42.
  257. Badal J. Contribution à l'étude des cécités psychiques. *Arch Ophthalmol.* 1888;8:97-117.
  258. Critchley M. The enigma of Gerstmann's syndrome. *Brain.* 1966;89(2):183-98.
  259. Zutt J. Rechts-Links-Störung, konstruktive Apraxie und reine Agraphie. *M Schr Psychiatr Neurol.* 1932;82:253. También en: Zutt J. Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie. *Gesammelte Aufsätze.* Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer-Verlag; 1963. p. 101-67.
  - Zutt J. Trastorno derecha-izquierda, apraxia constructiva y agrafia pura. Descripción de un caso. En: *Psiquiatría Antropológica.* Madrid: Editorial Gredos; 1974. p. 136-213.
  260. Rusconi E, Pinel P, Dehaene S, Kleinschmidt A. The enigma of Gerstmann's syndrome revisited: a telling tale of the vicissitudes of neuropsychology. *Brain.* 2010;133(2):320-32.
  261. Ardila A, Rosselli M. Acaculia and dyscalculia. *Neuropsychol Rev.* 2002;12:179-231.
  262. Zutt J. Die innere Haltung. Eine psychologische Untersuchung und ihre Bedeutung für die Psychopathologie, insbesondere im Bereich schizophrener Erkrankungen. *M Schr Psychiatr Neurol.* 1929;73:52. También en: Zutt J. Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie. *Gesammelte Aufsätze.* Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer-Verlag; 1963. p. 1-87.
  - Zutt J. La actitud interna. En: *Psiquiatría Antropológica.* Madrid: Editorial Gredos; 1974. p. 21-120.
  263. Straus E. *Psicología fenomenológica.* Buenos Aires: Ed Paidos; 1971. Straus E. *Phenomenological Psychology.* New York: Basic Books; 1966.
  264. Deus J, Espert R, Navarro JF. Síndrome de Gerstmann: perspectiva actual. *Psicología conductual.* 1996;4(3):417-36.
  265. Benton AL. Right-left discrimination and finger localization: development and pathology. New York, NY: Hoeber-Harper; 1959.
  266. Benton AL. The fiction of the Gerstmann syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1961;24:176-81.
  267. Kinsbourne M, Warrington E. The developmental Gerstmann's syndrome. *Arch Neurol.* 1963;8:490-501.
  268. Strub R, Geschwind N. Gerstmann syndrome without aphasia. *Cortex.* 1974;10:378-87.
  269. Geschwind N. Disconnexion syndromes in animals and men. Part I. *Brain.* 1965a;88:237-94.
  270. Geschwind N. Disconnexion syndromes in animals and men. Part II. *Brain.* 1965b;88:585-644.
  271. Catani M, Ffytche DH. The rises and falls of disconnection syndrome. *Brain.* 2005;12:2224-39.
  272. Catani M, Mesulam M. What is a disconnection syndrome? *Cortex.* 2008;44:911-3.
  273. Rusconi E, Pinel P, Eger E, LeBihan D, Thirion B, Dehaene S, et al. A disconnection account of Gerstmann syndrome: functional neuroanatomy evidence. *Ann Neurol.* 2009;66(5):654-62.
  274. Morris HH, Lüders H, Lesser RP, Dinner DS, Hahn J. Transient neuropsychological abnormalities (including Gerstmann's syndrome). *Neurology.* 1984;34:877-83.
  275. Balint R. Seelenlähmung des 'schauens', optische ataxie, räumliche störung der aufmerksamkeit. *Monatsschrift für Psychiatrische Neurologie.* 1909;25:51-81.
  276. Holmes G, Horrax G. Disturbances of spatial orientation and visual attention with loss of stereoscopic vision. *Arch Neurol Psychiatr.* 1919;1:385-407.
  277. Rossetti Y, Pisella L, Vighetto A. Optic ataxia revisited: visually guided action versus immediate visuomotor control. *Exp Brain Res.* 2003;153:171-9.
  278. Gillen JA, Dutton GN. Balint's syndrome in a 10-year-old male. *Dev Med Child Neurol.* 2003;45(5):349-52.
  279. Drummond SR, Dutton GN. Simultanagnosia following perinatal hypoxia: a possible pediatric variant of Balint syndrome. *J AAPOS.* 2007;11(5):497-8.

280. Vallar G. Spatial Neglect, Balint-Holmes' and Gerstmann's Syndromes, and Other Spatial Disorders. *CNS Spectr*. 2007;12(7):527-36
281. Pötzl O. Agnosia of physiognomic memory. *Wien Z Nervenheilkd Grenzgeb*. 1953;6(4):335-54.
282. Babinski J. Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie). *Revue neurologique*. 1914;27:845-7.
283. Bisiach E, Vallar G. Hemineglect in humans. In: Bollari F, Graffman J, ed. *Handbook of neuropsychology*. Amsterdam: Elsevier; 1988. p. 195-222.
284. Weintraub S, Mesulam M. Visual hemifield inattention: Stimulus parameters and exploratory strategies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1987;51:1481-8.
285. Heilman KM, Van Den Abell T. Right hemisphere dominance for attention: the mechanism underlying hemispheric asymmetries of inattention (neglect). *Neurology*. 1980;30(3):327-30.
286. Reivich M, Alavi A, Gur RC. Positron emission tomographic studies of perceptual tasks. *Ann Neurol*. 1984;15(Suppl):S61-5.
287. Allegri RF, Harris P, Rymberg S, Taragano FE, Paz J. Evaluation of hemispatial dominance by the cancellation test. *Medicina (B Aires)*. 1998;58(3):287-90.
288. Heilman KM, Valenstein E. Mechanisms underlying hemispatial neglect. *Ann Neurol*. 1979;5:166-70.
289. Heilman KM, Watson RT, Valenstein E. Neglect and related disorders. In: Heilman KM, Valenstein E, ed. *Clinical Neuropsychology*. 3ed. New York: Oxford University Press; 1993. p. 279-336.
290. Posner MI, Walker J, Friedrich F, Rafal RD. Effects of parietal injury on covert orienting of attention. *J Neurosci*. 1984;4:1863-74.
291. D'Erme P, Robertson I, Bartolomeo P, Daniele A, Gainotti G. Early rightwards orienting of attention on simple reaction time performance in patients with left-sided neglect. *Neuropsychologia*. 1992;30(11):989-1000.
292. Eglin M, Robertson LC, Knight R. Visual search performance in the neglect syndrome. *J Cognit Neurosci*. 1989;1:372-85.
293. Bisiach E, Luzzatti C. Unilateral neglect of representational space. *Cortex*. 1978;14:129-33.
294. Bender M, Feldman M. The so-called visual agnosias. *Brain*. 1972;95:173-86.
295. Kinsbourne M. Hemineglect and hemisphere rivalry. In: Weinstein EA, Friedland R, ed. *Advances in neurology*. New York: Raven Press; 1977. p. 41-9.
296. Kinsbourne M. Orientational bias model of unilateral neglect: evidence from attentional gradients within hemispace. In: Robertson IH, Marshall JC, ed. *Unilateral Neglect: Clinical and Experimental Studies*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates; 1993. p. 63-86.
297. Rizzolatti G, Berti A. Neglect as a neural representation deficit. *Revue Neurologique*. 1990;146:626-34.
298. Mesulam MM. A cortical network for directed attention and unilateral neglect. *Ann Neurol*. 1981;10:309-25.
299. Mesulam MM. Large-scale neurocognitive networks and distributed processing for attention, language, and memory. *Ann Neurol*. 1990;28:597-613.
300. Pagagno C, Vallar G. Anosognosia for left hemiplegia: Babinski's (1914) cases. In: Code C, Wallesch C; Joannette Y, Roch Lecours A, ed. *Classic cases in neuropsychology*, vol II. New York: Psychology Press; 2010. p.147-170.
301. Von Monakow A. Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Beziehung der sogenannten Sehspare zu den infracorticalen Opticuscentren und zum Nervus opticus. *Archiv für Psychiatrie*. 1885;16:151-99.
302. Jackson JH. Case of large cerebral tumour without optic neuritis and left hemiplegia and imperception. *R Lond Ophthalmic Hosp Rep*. 1876;8:434.
303. Anton G. Über die Selbstwahrnehmung der Herderkrankungen des Gehirns durch den Kranken bei Rindenblindheit und Rindentaubheit. *Arch Psychiatrie Nervenkrankh*. 1899;32:86-127.
304. McManus IC. Charles Dickens: a neglected diagnosis. *Lancet*. 2001;358:2158-61.
305. Storey G. *The letters of Charles Dickens*, vol 11, 1865-67. Oxford: Clarendon Press; 1999.
306. Lele MV, Jogleka AS. Poor insight in schizophrenia: neurocognitive basis. *Journal of postgraduate medicine*. 1998;44(2):50-5.
307. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1991;17(1):113-32.
308. Anton G. Über den Ausdruck der Gemütsbewegung beim gesunden und kranken Menschen. *Psych Wschr*. 1900;2:165-9.
309. Heilman KM, Bowers D, Valenstein E. Emotional disorders associated with neurological disease. In: Heilman KM, Valenstein E, ed. *Clinical neuropsychology*. New York: Oxford University Press; 1993. p. 462-98.
310. Heilman KM, Barrett AM, Adair. Possible mechanisms of anosognosia: a defect in self-awareness. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 1998;353(1377):1903-9.
311. Weinstein EA, Kahn RL. Denial of illness. Symbolic and physiological aspects. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1955.
312. Terzian H. Behavioral and EEG effects of intracarotid sodium amytal injections. *Acta Neurochir*. 1964;12:230-40.
313. Carpenter K, Berti A, Oxbury S, Molyneux AJ, Bisiach E, Oxbury JM. Awareness of arm and memory for arm weakness during intracarotid sodium amytal testing. *Brain*. 1995;118:243-51.
314. Durkin DW, Meador KJ, Nichols ME, Lee GP, Loring DW. Anosognosia and the intracarotid amobarbital procedure. *Neurology*. 1994;44:978-9.
315. Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, Leiguarda R, Robinson RG. Anosognosia in patients with cerebro-vascular lesions. A study of causative factors. *Stroke*. 1992;23:1446-53.
316. Stone SP, Patel P, Greenwood RJ, Halligan PW. Measuring visual neglect in acute stroke and predicting its recovery: the visual neglect recovery index. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992;55:431-6.
317. Lu LH, Barrett AM, Schwartz RL, Cibula JE, Gilmore RL, Uthman BM, et al. Anosognosia and confabulation during the Wada test. *Neurology*. 1997;49(5):1316-22.
318. Ramachandran VS, Altschuler EL, Stone L, Al-Aboudi M, Schwartz E, Siva N. Can mirrors alleviate visual hemineglect? *Med Hypotheses*. 1999;52(4):303-5.
319. Hecaen H, Albert M. *Human neuropsychology*. New York: Wiley; 1978.
320. Mesulam MM, Waxman SG, Geschwind N, Sabin TD. Acute confusional states with right middle cerebral artery infarctions. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1976;39:84-9.
321. Mark VW, Heilman KM. Bodily neglect and orientational biases in unilateral neglect syndrome and normal subjects. *Neurology*. 1990;40:640-3.
322. Levine DN, Calvanio R, Rinn WE. The pathogenesis of anosognosia for hemiplegia. *Neurology*. 1991;41:1770-81.
323. Heilman KM, Watson RT, Valenstein E. Neglect and related disorders. In: Heilman KM, Valenstein E, ed. *Clinical neuropsychology*. New York: Oxford University Press; 1993. p. 279-336.

324. Roth M. Disorders of the body image caused by lesions of the right parietal lobe. *Brain*. 1949;72:89-111.
325. Geschwind N. Disconnexion syndromes in animals and man. *Brain*. 1965;88:237-294, 585-644.
326. Feinberg TE, Keenan JP. Where in the brain is the self? *Conscious Cogn*. 2005;14(4):661-78.
327. Heilman KM. Anosognosia: possible neuropsychological mechanisms. In: Prigatano GP, Schacter DL, ed. *Awareness of deficit after brain injury*. New York: Oxford University Press; 1991. p. 53-62.
328. Kortt K, Hillis AE. Recent Advances in the Understanding of Neglect and Anosognosia Following Right Hemisphere Stroke. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2009;9(6):459-65.
329. Feinberg TE. Anosognosia and confabulation. In: Feinberg TE, Farah MJ, ed. *Behavioral neurology and neuropsychology*. New York: McGraw-Hill; 1997.
330. Pia L, Neppi-Modona M, Ricci R, Berti A. The anatomy of anosognosia for hemiplegia: a meta-analysis. *Cortex*. 2004;40(2):367-77.
331. Vocat R, Staub F, Stroppini T, Vuilleumier P. Anosognosia for hemiplegia: a clinical-anatomical prospective study. *Brain*. 2010;133(Pt12):3578-97.
332. Starkstein SE, Jorge RE, Robinson RG. The frequency, clinical correlates, and mechanism of anosognosia after stroke. *Can J Psychiatry*. 2010;55(6):355-61.
333. Prigatano GP, Matthes J, Hill SW, Wolf TR, Heiserman JE. Anosognosia for hemiplegia with preserved awareness of complete cortical blindness following intracranial hemorrhage. *Cortex*. 2010 Dec 9. [Epub ahead of print].
334. Baier B, Karnath HO. Tight link between our sense of limb ownership and self-awareness of actions. *Stroke*. 2008;39:486-8.
335. Vocat R, Vuilleumier P. Neuroanatomy of impaired body awareness in anosognosia and hysteria: a multi-component account. In: Prigatano GP, ed. *The study of anosognosia*. Oxford: Oxford University Press; 2010.
336. Karnath HO, Baier B. Right insula for our sense of limb ownership and self-awareness of actions. *Brain Struct Funct*. 2010;214(5-6):411-7.
337. Tsakiris M, Schütz-Bosbach S, Gallagher S. On agency and body-ownership: phenomenological and neurocognitive reflections. *Conscious Cogn*. 2007;16(3):645-60.
338. Starkstein SE, Brockman S, Bruce D, Petracca G. Anosognosia is a significant predictor of apathy in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2010;22(4):378-83.
339. Galeone F, Pappalardo S, Chieffi S, Iavarone A, Carlomagno S. Anosognosia for memory deficit in amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(7):695-701.
340. Tremont G, Alosco ML. Relationship between cognition and awareness of deficit in mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(3):299-306.
341. Flaherty-Craig CV, Brothers A, Yang C, Svoboda R, Simmons Z. Declines in Problem Solving and Anosognosia in Amyotrophic Lateral Sclerosis: Application of Guilford's Structure of Intellect Theory. *Cogn Behav Neurol*. 2011 Mar;24(1):26-34.
342. Jaspers K. *Conciencia corporal*. En: *Psicopatología general*. Buenos Aires: Ed Beta; 1955. p. 111-6.
343. Critchley M. Disorders of the body image. In: *The parietal lobes*. London: E Arnold Publ; 1953. p. 225-55.
344. Donoso S, Silva I, Sinning O. Somatoparafenias: Presentación de 3 casos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2005;43(4):337-43.
345. Paulig M, Weber M, Garbelotto S. Somatoparaphrenie: eine "plusvariante" der anosognosia für hemiplegie. *Nervenarzt*. 2000;71:123-9.
346. Cleret de Langavant L, Trinkler I, Cesaro P, Bachoud-Lévi A. Heterotopagnosia: When I point at parts of your body. *Neuropsychologia*. 2009;47(7):1745-55.
347. Degosa JD, Bachoud-levia AC, Ergisa AM, Pettrissans JL, Cesaro P. Selective inability to point to extrapersonal targets after left posterior parietal lesions: An objectivization disorder? *Neurocase*. 1997;3(1):31-9.
348. Menninger-Lerchenthal E. *Das Truggedible der eigenen Gestalt (Heautoskopie, Doppelgänger)*. Berlin: Karger; 1935.
349. Keppler CF. *The literature of the second self*. Tucson, AZ: University of Arizona Press; 1972.
350. Miller K. *Doubles. Studies in literature history*. Oxford, UK: Oxford University Press; 1985.
351. Lukianowicz ZN. Autoscopical phenomena. *A.M.A. Arch Neurol Psychiat*. 1958;80:199-205.
352. Aristóteles. *Acerca del cielo*. *Metereológicos*. Biblioteca Clásica. Madrid: Gredos; 1996.
353. Wilde O. *The Picture of Dorian Gray*. London: Penguin; 1985.
354. Wilde O. *El retrato de Dorian Gray*. Madrid: Gredos; 2006.
355. Poe EA. *The complete tales and poems of Edgar Allan Poe*. London: Penguin; 1982. <http://poestories.com/read/williamwilson>.
356. Poe EA. *Cuentos 1 y Cuentos 2*. Madrid: Alianza Editorial; 1975-1977.
357. Maupassant G. *Le horla et autres recits fantastiques*. Paris: Le livre de poche; 1999.
358. Maupassant G. *El horla y otros cuentos*. Madrid: Catedra; 2002. <http://www.ciudadseva.com/http://maupassant.free.fr/pdf/horla.pdftextos/cuentos/fran/maupassa/horla.htm>
359. Dostoevsky F. *The Brothers Karamazov*. New York: Farrar, Straus, and Giroux; 1990.
360. Dostoevsky F. *Los hermanos Karamazov*. Madrid: Debate; 2000.
361. Goethe JW. *Dichtung und Wahrheit*. Frankfurt a.M.: Insel; 1995.
362. Goethe JW. *Poesía y verdad: de mi vida*. Barcelona: Alba editorial; 1999.
363. Goethe JW. *Autobiography: Truth and Fiction Relating to My Life*. Electronic version in Project Gutenberg.
364. Foerster O. *Die Leitungsbahnen des Schmerzgeföhles und die chirurgische Behandlung der Schmerzzustände*. Berlin: Urban u. Schwarzenberg; 1927.
365. Wernicke C. *Grundriss der Psychiatrie*. Leipzig: Thieme; 1894.
366. Deny G, Camus P. Sur une forme d'hypochondrie aberrante due a la perte de la conscience du corps. *Rev neurol*. 1905;13:461.
367. Damas Mora JMR, Jenner FA, Eacott SE. On heautoscopy or the phenomenon of the double: Case presentation and review of the literature. *Brit J Med Psychol*. 1980;53(1):75-83.
368. Brugger P, Regard M. Illusory reduplication of one's own body: Phenomenology and classification of autoscopic phenomena. *Cogn Neuropsych*. 1997;2:19-38.
369. Clark DL, Boutros NN, Mendez MF. *The Brain and Behavior: An Introduction to Behavioral Neuroanatomy*. 3 Ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
370. Wigan AL. *The duality of the mind*. London: Longman; 1844.
371. Sollier P. *Les phénomènes d'autoscopie*. Paris: Alcan; 1903.
372. Lhermitte J. Visual hallucination of the self. *Br Med J*. 1951;1(4704):431-4.
373. Coleman SM. Phantom double. Its psychological significance. *Brit J Med Psychol*. 1934;14:254-73.
374. Blanke O, Landis T, Spinelli L, Seeck M. Out-of-body experience and autoscopic phenomena of neurological origin. *Brain*. 2004;127(2):243-

- 58.
369. Bünning S, Blanke O. The out-of-body experience: precipitating factors and neural correlates. *Prog Brain Res*. 2005;150:331-50.
370. Brandt T, Dieterich M. The vestibular cortex. Its locations, functions, and disorders. *Ann N Y Acad Sci*. 1999 May 28;871:293-312.
371. Solms M, Kaplan-Solms K, Saling M, Miller P. Inverted vision after frontal lobe disease. *Cortex*. 1988 Dec;24(4):499-509.
372. Lackner JR. Spatial orientation in weightless environments. *Perception*. 1992;21(6):803-12.
373. Kornilova LN. Orientation illusions in spaceflight. *J Vestib Res*. 1997 Nov-Dec;7(6):429-39.
374. Brandt T. Cortical matching of visual and vestibular 3D coordinate maps. *Ann Neurol*. 1997 Dec;42(6):983-4.
375. Bottini G, Karnath HO, Vallar G, Sterzi R, Frith CD, Frackowiak RS, et al. Cerebral representations for egocentric space: Functional-anatomical evidence from caloric vestibular stimulation and neck vibration. *Brain*. 2001 Jun;124(Pt6):1182-96.
376. Guldin WO, Grüsser OJ. Is there a vestibular cortex? *Trends Neurosci*. 1998 Jun;21(6):254-9.
377. Blanke O, Mohr C. Out-of-body experience, heautoscopy, and autoscopic hallucination of neurological origin Implications for neurocognitive mechanisms of corporeal awareness and self-consciousness. *Brain Res Rev*. 2005;50(1):184-99.
378. Lopez C, Halje P, Blanke O. Body ownership and embodiment: vestibular and multisensory mechanisms. *Neurophysiol Clin*. 2008;38(3):149-61.
379. Blanke O, Castillo V. Clinical neuroimaging in epileptic patients with autoscopic hallucinations and out-of-body-experiences. *Epileptologie*. 2007;2:90-6.
380. Bolognini N, Ládavas E, Farnè A. Spatial perspective and coordinate systems in autoscopia: A case report of a "Fantome de Profil" in occipital brain damage. *J Cogn Neurosci*. 2010 Jul;23(7):1741-51.
381. Lenggenhager B, Smith ST, Blanke O. Functional and neural mechanisms of embodiment: importance of the vestibular system and the temporal parietal junction. *Rev Neurosci*. 2006;17(6):643-57.
382. Mohr C, Blanke O. The demystification of autoscopic phenomena: experimental propositions. *Curr Psychiatry Rep*. 2005;7(3):189-95.
383. Dening TR, Berríos GE. Autoscopic phenomena. *Br J Psychiatry*. 1994;165(6):808-17.
384. Fi A, Onofri V, Maruotti V, Ricciardi L, Franciotti R, Bonanni L, et al. Autoscopic phenomena: case report and review of literature. *Behav Brain Funct*. 2011;7:2.
385. Lhermitte J, Hecaen H. L'heautoscopie onirique. Le double dans le rêve et le songe. *Rev Neurol*. 1942;74:226.
386. Berlucchi G, Aglioti S. The body in the brain: neural bases of corporeal awareness. *Trends Neurosci*. 1997;20(12):560-4.
387. Blanke O, Ortigue S, Landis T, Seeck M. Stimulating illusory own-body perceptions. *Nature*. 2002;419(6904):269-70.
388. Occhionero M, Cicogna PC. Autoscopic phenomena and one's own body representation in dreams. *Conscious Cogn*. 2011 Feb 10. [Epub ahead of print]
389. Braithwaite JJ, Samson D, Apperly I, Brogna E, Hulleman J. Cognitive correlates of the spontaneous out-of-body experience (OBE) in the psychologically normal population: Evidence for an increased role of temporal-lobe instability, body-distortion processing, and impairments in own-body transformations. *Cortex*. 2010;21:1-15.
390. Ruby P, Decety J. Effect of subjective perspective taking during simulation of action: a PET investigation of agency. *Nat Neurosci*. 2001;4(5):546-50.
391. Zacks JM, Ollinger JM, Sheridan MA, Tversky B. A parametric study of mental spatial transformations of bodies. *Neuroimage*. 2002;16(4):857-72. doi: 10.1006/nimg.2002.1129.
392. Vokeley K, Fink GR. Neural correlates of the first-person-perspective. *Trends Cogn Sci*. 2003;7(1):38-42.
393. Northoff G, Bermpohl F. Cortical midline structures and the self. *Trends Cogn Sci*. 2004;8(3):102-7.
394. Apperly IA, Samson D, Chiavarino C, Humphreys GW. Frontal and temporo-parietal lobe contributions to theory of mind: neuropsychological evidence from a false-belief task with reduced language and executive demands. *J Cogn Neurosci*. 2004;16:1773-84.
395. Saxe R, Wexler A. Making sense of another mind: the role of the right temporo-parietal junction. *Neuropsychologia*. 2005;43:1391-9.
396. Vollm BA, Taylor AN, Richardson P, Corcoran R, Stirling J, McKie S, et al. Neuronal correlates of theory of mind and empathy: a functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. *Neuroimage*. 2006;29:90-8.
397. Blanke O, Arzy S. The out-of-body experience: disturbed self-processing at the temporo-parietal junction. *Neuroscientist*. 2005;11(1):16-24.
398. De Ridder D, Van Laere K, Dupont P, Menovsky T, Van de Heyning P. Visualizing out-of-body experience in the brain. *N Engl J Med*. 2007 Nov 1;357(18):1829-33.
399. Crase S, Sacks BI. A case of "Double Autoscopia". *Brit J Psychiatry*. 1969;115:343-5.
400. McConnel WB. The phantom double in Pregnancy. *Brit J Psychiatry*. 1965;111:67-9. desdoblada
401. Todd J, Dewhurst K. The double: its psycho-pathology and psycho-physiology. *J Ner Ment Dis*. 1955;122:47-55.
402. Jaspers K. Über leibhafte Bewusstheiten (Bewusstheitstäuschungen), ein psychopathologisches Elementarsymptom. *Zschr Patholpsychol*. 1913;2:157-61.
403. Koehler K, Sauer H. Jasper's sense of presence in the light of Huber's basic symptoms and DSM-III. *Compr Psychiatry*. 1984;25:183-91.
404. Suedfeld P, Mocellin JS. The "Sensed Presence" in unusual environments. *Environ Behav*. 1987;19:33-52. doi: 10.1177/0013916587191002
405. Obersteiner H. On allochiria. *Brain*. 1882;4:153-68.
406. Marcel A, Postma P, Gillmeister H, Cox S, Rorden C, Nimmo-Smith I, et al. Migration and fusion of tactile sensation--premorbid susceptibility to allochiria, neglect and extinction? *Neuropsychologia*. 2004;42(13):1749-67.
407. Meador KJ, Allen ME, Adams RJ, Loring DW. Allochiria vs allesthesia. Is there a misperception? *Arch Neurol*. 1991;48(5):546-9.
408. Bowen SF. Visual disorientation in allesthesia and palinopsia. *JAMA*. 1978;239:56.
409. Jacobs L. Visual allesthesia. *Neurology*. 1980;30:1059.
410. Pérez-Martínez DA, Porta-Etessam J. Alteraciones en la integración visual superior, ilusiones y alucinaciones visuales. *Neurol Supl*. 2007;3(8):34-41.
411. Park MG, Choi KD, Kim JS, Park KP, Kim DS, Kim HJ, et al. Hemimacropsia after medial temporo-occipital infarction. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78:546-8.
412. Halligan PW, Marshall JC, Wade DT. Left on the right: allochiria in a case of left visuo-spatial neglect. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992;55(8):717-9.
413. Lepore M, Conson M, Grossi D, Trojano L. On the different mechanisms of spatial transpositions: a case of



- representational allochiria in clock drawing. *Neuropsychologia*. 2003;41(10):1290-5.
414. Lepore M, Conson M, Ferrigno A, Grossi D, Trojano L. Spatial transpositions across tasks and response modalities: exploring representational allochiria. *Neurocase*. 2004;10(5):386-92.
415. González Mingot C, Velázquez Benito A, Gil Villar MP, Iñiguez Martínez C. Macropsia, micropsia, alestesia y discromatopsia tras hemorragia intraparenquimatosa occipital. *Neurología*. 2011;26:188-9.
416. van Wyhe J. The History of Phrenology on the Web. <http://www.historyofphrenology.org.uk/>
417. Aristóteles. *Acerca del alma*. Madrid: Gredos; 2007.
- Aristotle. *On the Soul*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1957.
- Also in *On the Soul* by Aristotle Translated by J. A. Smith. <http://classics.mit.edu/Aristotle/soul.html>
418. Starobinski J. A short history of bodily sensation. *Psychol Med*. 1990;20(1):23-33.
419. Cicerón MT. *Catilinarias*. Madrid: Gredos; 2010.
420. Diógenes Laercio. *Vidas de los más ilustres filósofos griegos*. Barcelona: Ediciones Folio; 1999.
421. Descartes R. *Les Passions de l'Ame*. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin; 1970.
422. Kenny A. *Descartes*. Bueva Cork: Random House; 1968. p. 70-8.
423. Kenny A. *Cartesian Privacy*. In: Pitcher G, Wittgenstein. *The Philosophical Investigations*. London: Macmillan; 1968. p. 352-70.
424. Janet P. *L'évolution psychologique de la personnalité*. 1ed. Paris: Édition Chahine; 1929.
425. Beauais H. *Les sensations internes*. Paris: Félix Alcan; 1889.
426. Maine de Biran. *Origine de la connaissance que nous avons de notre propre corps. Essai sur les fondements de la psychologie*. Paris: F Alcan; 1932. p. 207-16.
427. Tissié Ph. *L' éducation physique: au point de vue historique, scientifique, technique, critique, pratique et esthétique*. Paris: Larousse; 1901.
428. Bertrand A. *L'aperception du corps humain par la conscience*. Paris: G. Bailliére et cie; 1880.
429. Cabanis PJ. *Rapports du physique et du moral de l'homme*. 1ed. Paris: Bailliére; 1802.
430. Ribot Th. *Les maladies de la personnalité*. Paris: Félix Alcan; 1884.
- Ribot Th. *The diseases of personality*. London: Kegan Paul, Trench, Trübner & Co; 1920.
- Ribot Th. *Las enfermedades de la personalidad*. Madrid: Daniel Jorro; 1912.
431. Jerosch J, Heisel J. *Management der Arthrose: Innovative Therapiekonzepte*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 107.
432. Bell C. On the nervous cycle which connects the voluntary muscles with the brain. *Phil Trans*. 1926;116:163-73.
433. Duchenne GB. *De l'électrisation localisée et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique*. 2 ed. Paris: Bailliére; 1861.
434. Henri V. *Revue générale sur le sens musculaire. L'année psychologique*. 1898;5(5):399-557.
435. Brindley GS, Merton PA. The absence of position sense in the human eye. *J Physiol*. 1960;153:127-30.
436. Bastian HC. The «muscular sense» and on the physiology of thinking. *Brit Med J*. 1869;1(435):394-6.
437. Bastian HC. *The Brain as an organ of mind*. London: Paul Kegan; 1880.
438. Goldscheider A. Untersuchungen über den Muskelsinn. *Arch Anat Physiol*. 1889;3:369-503.
439. Goldscheider A. 1. Über den Muskelsinn und die Theorie der Ataxie. *Zeitschrift für klinische Medicin*. 1889;XV:82-161.
440. Brookhart JM, Mountcastle VB, Geiger SR. *The nervous system: Sensory processes*. American Physiological Society; 1984.
441. Wittgenstein L. *Remarks of the Philosophy of Psychology*. Vol 1. Oxford: Blackwell;1980. p.698.
442. Wernicke C. *Der aphasische Symptomencomplex*. Breslau: Cohn & Weigert; 1874.
443. Zutt J. Gedanken über die menschliche Bewegung als mögliche Grundlage für das Verständnis der Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. *Nervenarzt*. 1956;28:7-15.
- Zutt J. *Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie. Gesammelte Aufsätze*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer-Verlag; 1963. p. 364-79.
- Zutt J. Reflexiones sobre el movimiento humano como posible base para la comprensión de los trastornos de la motilidad en los enfermos mentales. En: *Psiquiatría Antropológica*. Madrid: Editorial Gredos; 1974. p. 455-74.
444. Paredes Ortiz J. Desde la corporeidad a la cultura. [http://www.efdeportes.com/Revista Digital - Buenos Aires 2003:62](http://www.efdeportes.com/Revista%20Digital%20-%20Buenos%20Aires%202003%2062).
445. Berrios GE. Hallucinations: selected historical and clinical aspects. En: Critchley E, ed. *The neurological boundaries of reality*. London: Farrand Press; 1994. p. 229-50.
446. Starobinsk J. El concepto de cenestesia. In: J. Starobinski: *Razones del cuerpo*. Valladolid: Cuatro Ediciones; 1999. p. 35-50.
447. Starobinski J. La conscience du corps. *Revue française de psychanalyse*. 1981;45(2):261-79.
448. Starobinski J. Breve historia de la conciencia del cuerpo. In: J. Starobinski: *Razones del cuerpo*. Valladolid: Cuatro Ediciones; 1999. p. 51-68.
449. Hamilton W. *Lectures on Logic and Metaphysics II*. Edimburg: Blackwood and Sons; 1859.
450. Coenaesthesia, dissertatio inauguralis medica, quam praeside J. C. Reil, pro gradu doctoris defendit Chr. Frieder. Halae: Hübner; 1794. Citado por J. Starobinski, *Razones del cuerpo*, Valladolid: Cuatro Ediciones; 1999. p. 36.
451. Weber EH. *Tastsinn und Gemeingefühl*. Leipzig: W. Engelmann; 1905.
452. Weber EH. *Das Bewusstsein von unserem Empfindungszustande*. In: Wagner, ed. *Handwörterbuch der Physiologie mit Rücksicht auf physiologische Pathologie*, III. ii. Braunschweig: Vieweg; 1846. p. 562- 3.
453. Hoffding H. *Outlines of psychology*. London: Macmillan; 1891.
- Hoffding H. *Bosquejo de una Psicología basada en la experiencia*. Madrid: Daniel Jorro Editor; 1926.
454. Wundt W. *Grundzüge der physiologische Psychologie*. Leipzig: Engelmann; 1874.
- Wundt W. *Principles of Physiological Psychology*. London: Swan, Sonnenschein; 1910.
455. Bonnier P. À propos du soi-disant sens musculaire. *Revue neurologique*. 1898;6(4):97-100.
456. Fuchs T. Coenäesthesie. *Zur Geschichte des Gemeingefühl*. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother*. 1995;43(2):103-12.
457. Herzen A. La continuité et l'identité de la conscience du moi. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*. 1877;2:374-81.
458. Bonnier P. *Le vertige*. 2 ed. Paris: Masson; 1904.
459. Schiller F. Coenesthesia. *Bull Hist Med*. 1984 Winter;58(4):496-515.
460. Kant I. *Anthropologie in pragmatische Hinsicht*. Stuttgart: Reclams Universal-Bibliothek; 1983.

- Kant I. *Antropología en sentido pragmático*. Madrid: Tecnos; 1991.
- Kant I. *Anthropology from a Pragmatic Point of View*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
461. Grotefend GL. Briefwechsel zwischen Leibniz, Arnauld und dem Landgrafen Ernst von Hessen-Rheinfels. Hannover: Handschriften der Königlichen Bibliothek; 1846.
462. Forest MD. Le concept de proprioception dans l'histoire de la sensibilité interne. *Revue d'histoire des sciences*. 2004;57(1):5-31.
463. Lopez Ibor JJ. Basic anxiety as the core of neurosis. *Acta Psychiatr Scand*. 1965;41(3):329-32.
464. Marcel G. *Position et approches concrètes du mystère ontologique*; Paris: Librairie philosophique J.Vrin; 1949.
- Marcel G. *Aproximación al misterio del ser: Posición y aproximaciones concretas al misterio ontológico*. Madrid: Encuentro Ediciones; 1987.
- Marcel G. *Gabriel Marcel's Perspectives on The Broken World: The Broken World, a Four-Act Play, Followed by Concrete Approaches to Investigating the Ontological Mystery*. Milwaukee: Marquette University Press; 1998.
465. Gantheret F. Historique et position actuelle de la notion de schéma corporel. *Bulletin de Psychologie*. 1961;15:41-4.
466. Corradi A, Bizzozero G. *Dizionario delle Scienze Mediche*. Milán: Brigola; 1871.
467. Searle JR. *El misterio de la conciencia*. Barcelona: Paidós; 2000. p. 163-8.
- Searle JR. *The Mystery of Consciousness*. New York: Review Books; 1997.
468. Geach PT. *Mental Acts*. London: Routledge and Kegan Paul; 1957. p.107-11.
469. Wittgenstein L. *Remarks of the Philosophy of Psychology*. Vol 1. Oxford: Blackwell; 1980. p.710.
470. Sherrington C. *The integrative action of the nervous system*. New Haven: Yale University Press; 1906.
471. Critchley HD. The human cortex responds to an interoceptive challenge. *Proc Natl Acad Sci U Nat Rev Neurosci*. 2002;3(8):655-66.
472. Craig AD. How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat Rev Neurosci*. 2002;3(8):655-66.
473. Munk H. *Über die Functionen der Grosshirnrinde*. Gesammelte Mittheilungen. Berlin: Hirschwald; 1890.
474. Critchley M. Tactile thought, with special reference to the blind. *Proc R Soc Med*. 1953;46(1):27-30.
475. Fix JD. *Neuroanatomy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 127.
476. Swenson RS. *Review of Clinical and Functional Neuroscience, Chapter 7A: Somatosensory Systems*. 2002. (online version Dartmouth college). [http://www.dartmouth.edu/~rswenson/NeuroSci/chapter\\_7A.html#Unconscious\\_sensation](http://www.dartmouth.edu/~rswenson/NeuroSci/chapter_7A.html#Unconscious_sensation)
477. Berthoz A. *Le sens du mouvement*. Paris: Odile Jacob; 1997.
478. Gibson JJ. *The senses considered as perceptual systems*. Westport: Greenwood Press; 1966.
479. Dawkins R. *Climbing Mount Improbable*. New York: Norton; 1996.
480. Craig AD. Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Current Opinion in Neurobiology*. 2003;13:500-5.
481. Tanosaki M, Suzuki A, Kimura T, Takino R, Haruta Y, Hoshi Y, et al. Contribution of primary somatosensory area 3b to somatic cognition: a neuromagnetic study. *Neuroreport*. 2002;13(12):1519-22.
482. Leder D. *The absent body*. Chicago: The University of Chicago Press; 1990.
483. Van Boven RW, Johnson KO. The limit of tactile spatial resolution in humans: grating orientation discrimination at the lip, tongue, and finger. *Neurology*. 1994;44(12):2361-6.
484. Van Boven RW, Hamilton RH, Kauffman T, Keenan JP, Pascual-Leone A. Tactile spatial resolution in blind braille readers. *Neurology*. 2000;54(12):2230-6.
485. Ricoeur P, Marcel G, Jaspers K. *Philosophie du mystère et philosophie du paradoxe*. Paris: Temps Présent; 1948.
486. Pennebaker JW. Psychological bases of symptom reporting: perceptual and emotional aspects of chemical sensitivity. *Toxicol Ind Health*. 1994;10(4-5):497-511.
487. Sherrington CS. Postural activity of muscle and nerve. *Brain*. 1915;38:191-234.
488. Sherrington CS. Problems of muscular receptivity. *Nature*. 1924;113:732.
489. Liddell EGT, Sherrington CS. Reflexes in response to stretch (myotatic reflexes). *Proceedings of the Royal Society of London*. 1924;96B:212-42.
490. Liddell EGT, Sherrington CS. Further considerations on myotatic reflexes. 1925;97B:267-283.
491. Bonnier P. L'Aschematic. *Rev Neurologie*. 1905;13:605-9.
492. Vallar G, Pagagno C. Pierre Bonier's (1905) cases of bodily aschematic. In: Code C, Wallesch C, Joannette Y, Roch Lecours A, ed. *Classic cases in neuropsychology*, vol II. New York: Psychology Press; 2010. p.147-170
493. Comar G. L'auro-représentation de l'organisme chez quelques hystériques. *Revue Neurologique*. 1901;9:490-5.
494. Solier P. L'autoscopie interne. *Revue Philosophique*. 1903;52(1):1-41.
495. Head H, Holmes G. Sensory Disturbances from Cerebral Lesions. *Brain*. 1911;34(2-3):102-254.
496. Pick A. Zur Patologie des Bewusstseins von eigenen Körper; ein Beitrag aus Kriegsmedizin. *Neurolog Zentralblatt*. 1915;34:257-65.
497. Van Bogaert L. Sur la pathologie de l'image de soi. *Ann Med Psychol*. 1934;2(4):519-55. et 2(5):746-59.
498. André-Thomas J, Ajuriaguerra J. *L'Axe corporel: musculature et innervation*. Paris: Masson; 1948.
499. Pick A. *Apperzeptive Blindheit der Senilen*. *Arb Dtsch Psychiatr Klin Prag*. 1908;43.
500. Pick A. *Die neurologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie und andere Aufsätze*. Berlin: Karger; 1921.
501. Poeck K, Orgass B. The concept of the body schema: a critical review and some experimental results. *Cortex*. 1971;7(3):254-77.
502. Semenza C, Delazer M. Pick's case studies on body representation (1908, 1915, 1922): A retrospective Assessment. In: Code C, Wallesch CW, Joannette Y, Roch A, ed. *Classic cases in neuropsychology*. Vol 2. Hove UK, New York: Psychology Press; 2003. p. 222-38.
503. Schilder P. *The image and the appearance of the human body. Studies in constructive energies of the psyche*. New York: International Universities Press; 1950.
- También London: Kegan Paul; 1935.
504. Schilder P. *Das Körperschema*. Berlin: Springer; 1923.
505. Conrad K. *Das Körperschema*. *Z Ges Neurol Psychiat*. 1933;147:346.
506. Schilder P. *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press; 1978. p.11.
507. Shontz FC. *Perceptual and cognitive aspects of body experience*. New York: Academic Press; 1969.
508. Hanley F. *The Dynamic body image and the moving body: A theoretical and empirical investigation*. PhD thesis thesis

- Victoria University; 2004. <http://eprints.vu.edu.au/311/>
509. Moore GE. Wittgenstein's Lectures in 1930-3. *Mind*. 1955;64:11-2.
  510. Wittgenstein L. *Philosophical Remarks*. Oxford: Blackwell; 1965. p.66.
  511. Wittgenstein L. *Remarks on the Philosophy of Psychology*. Vol 1. Oxford: Blackwell; 1980. p.836.
  512. Wittgenstein L. *Remarks on the Philosophy of Psychology*. Vol 2. Oxford: Blackwell; 1980. p.63.
  513. Wittgenstein L. *Notes for Lectures on Private Experience and Sense Data*. *The Philosophical Review*. 1978;77:278.
  514. Locke J. *An essay concerning human understanding*. In: Nidditch P, ed. Oxford: Oxford University Press; 1975.
  515. Schilder P. *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press; 1978. p. 73-4. (Original work published 1935).
  516. Sheets-Johnstone M. Kinetic tactile-kinesthetic bodies: Ontogenetical foundations of apprenticeship learning. *Human Studies* 2000;23:343-70.
  517. Gallagher S, Cole J. Body schema and body image in a deafferented subject. *Journal of Mind and Behavior*. 1995;16:369-90.
  518. Metzinger T. *Being no one: The self-model theory of subjectivity*. Cambridge MA: MIT Press; 2003.
  519. Sirigu A, Grafman J, Bressler K, Sunderland T. Multiple representations contribute to body knowledge processing. Evidence from a case of autotopagnosia. *Brain*. 1991;114:629-42.
  520. Schwoebel J, Coslett HB. Evidence for multiple, distinct representations of the human body. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2005;17(4): 543-53.
  521. Hagmann P. *From diffusion MRI to brain connectomics* [PhD Thesis]. Lausanne: Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne (EPFL); 2005.
  522. Sporns O, Tononi G, Kötter R. *The Human Connectome: A Structural Description of the Human Brain*. *PLoS Computational Biology*. 2005;1(4):42.
  523. Head H. *Sensation and the cerebral cortex*. *Brain*. 1918;41:57-253.
  524. Critchley M. *The parietal lobes*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1953.
  525. Bertolucchi G, Aglioti S. The body in the brain: neural bases of corporeal awareness. *Trends Neurosci*. 1997;20(12):560-4.
  526. Rizzolatti G, Craighero L. The mirror-neuron system. *Annu Rev Neurosci*. 2004;27:169-92.
  527. Zimmer C. The neurobiology of the self. *Sci Am*. 2005;293(5):92-6.
  528. Lewis M, Brooks-Gunn J. *Social cognition and the acquisition of self*. New York: Plenum Press; 1979.
  529. Lewis M. *Aspects of the Self: From Systems to ideas*. In: Rochat P, ed. *The Self in Early Infancy: Theory and research*. Amsterdam: North-Holland; 1995.
  530. Rochat P. *The Self in Early Infancy: Theory and research*. Amsterdam: North-Holland; 1995.
  531. Lewis M, Sullivan MW, Stanger C, Weiss M. Self development and self-conscious emotions. *Child Dev*. 1989 Feb;60(1):146-56.
  532. Bischof-Köhler D. Self object and interpersonal emotions. Identification of own mirror image, empathy and prosocial behavior in the 2nd year of life. *Z Psychol Z Angew Psychol*. 1994;202(4):349.
  533. Zahn-Waxler C, Radke-Yarrow M, Wagner E, Chapman M. Development of concern for others. *Developmental Psychology*. 1992;28(1):126-36.
  534. Harley K, Reese E. Origins of autobiographical memory. *Dev Psychol*. 1999;35(5):1338-48.
  535. Asendorpf JB. Self-awareness, other-awareness and secondary representation. In: Meltzoff AN, Prinz W, ed. *The Imitative mine: Development, Evolution and Brain Bases*. Cambridge Studies in Cognitive Development. New York: Cambridge University Press; 2002.
  536. Leslie A. Pretense and Representation Revisited. In: Stein N, Bauer P, Rabinowitz M, ed. *Representation, Memory, and Development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2002. p. 103-4.
  537. Stipek D, Gralinski H, Kopp CB. Self-concept development in the toddler years. *Developmental Psychology*. 1990;26:972-7.
  538. Lewis M, Ramsay D. Development of Self-recognition, personal pronoun use and pretend play during the 2nd year. *Child development*. 2004;75(6):1821-31.
  539. Lewis M, Carmody DP. Self-representation and brain development. *Dev Psychol*. 2008 Sep;44(5):1329-34
  540. López-Ibor JJ, López-Ibor MI, Méndez MA, Morón MD, Ortiz-Terán L, Fernández A, et al. The Perception of Emotion-free Faces in Schizophrenia: A Magneto-Encephalography Study. *Schizophrenia Research*. 2008;98:278-86.
  541. Jaspers HH. Sensory information and conscious experience. *Adv Neurol*. 1998;77:33-48.
  542. Bogen JE. On the neurophysiology of consciousness. Part I. An overview. *Conscious Cogn*. 1995;4:52-62.
  543. Bogen JE. On the neurophysiology of consciousness Part II. Constraining the semantic problem. *Conscious Cogn*. 1995;4:137-58.
  544. Samback M. *Tono y Psicomotricidad*. Madrid: Pablo del Río; 1979.
  545. Minkowski E. Les notions de distance vécue. *J Psychol*. 1930;27:727-45.
  546. Blakeslee S, Blakeslee M. *The Body Has A Mind of Its Own*. New York: Random House; 2007.
  547. Ajuriaguerra J, Marcelli D. *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson; 1996.
  548. Ermiane R. *Jeux musculaires et expressions du visage*. Paris: Librairie le François; 1949.
  549. Duchenne B. *The mechanism of human facial expression or an electro-physiological analysis of the expression of the emotions*. New York: Cambridge University Press; 1990.
  550. Darwin Ch. *The expression of the emotions in man and animals*. London: John Murray; 1872. <http://darwin-online.org.uk/content/frameset?itemID=F1142&viewtype=text&page=1>.
  551. Darwin Ch. *La expresión de las emociones en el hombre y los animales*. Madrid: Alianza; 1984.
  552. Ekman P, Friesen WV. Measuring facial movements. *Environ Psychol Nonverb Behav*. 1976;1:56-75.
  553. Ekman P, Friesen WV. Facial action coding system: a technique for the measurement of facial movement. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1978.
  554. Ekman P, Levenson RW, Friesen WV. Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*. 1983;221:1208-10.
  555. Izard CE. Facial expressions and the regulation of emotions. *J Person Soc Psych* 1990;58:487-98.
  556. Schwartz GE, Fair PL, Slat P, Mandel MR, Klerman GL. Facial muscle patterning to affective imagery in depressed and non-depressed subjects. *Science*. 1976;192:489-91.
  557. Schwartz GE, Fair PL, Salt P, Mandel MR, Klerman GL. Facial expression and imagery in depression: an electromyographic study. *Psychosom Med*. 1976;38:337-47.

557. Smith CA, McHugo GJ, Lanzetta JT. The facial muscle patterning of posed and imagery-induced expressions of emotion by expressive and nonexpressive posers. *Motivation and Emotion*. 1986;10:133-57.
558. Alam M, Barrett KC, Hodapp RM, Arndt KA. Botulinum toxin and the facial feedback hypothesis: can looking better make you feel happier? *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(6):1061-72.
559. Williams DM, Bentley R, Cobourne MT, Gibilaro A, Good S, Huppa C, et al. The impact of idealised facial images on satisfaction with facial appearance: comparing 'ideal' and 'average' faces. *J Dent*. 2008;36(9):711-7.
560. Williams DM, Bentley R, Cobourne MT, Gibilaro A, Good S, Huppa C, et al. Psychological characteristics of women who require orthognathic surgery: comparison with untreated controls. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2009;47(3):191-5.
561. Strack R, Martin LL, Stepper S. Inhibiting and facilitating conditions of facial expressions: a non-obstrusive text of the facial feedback hypothesis. *J Pers Social Psych*. 1988;54:768-77.
562. Soussignan R, Schaal B. Forms and social signal value of smiles associated with pleasant and unpleasant sensory experience. *Ethology*. 1996;102:1020-41.
563. Schneider K, Unzner L. Preschoolers' attention and emotion in an achievement and an effect game: a longitudinal study. *Cognition and Emotion*. 1992;6:37-63.
564. Barrett KC. The origins of social emotions and self-regulation in toddlerhood: new evidence. *Cognition and Emotion*. 2005;19:953-79.
565. Keltner D. Signs of appeasement: evidence for the distinct display of embarrassment. *J Pers Soc Psych*. 1995;68:441-53.
566. Larsen RJ, Kasimatis M, Frey K. Facilitating the furrowed brow: an unobstrusive test of the facial feedback hypothesis applied to unpleasant affect. *Cognition and Emotion*. 1992;6:321-38.
567. Leibniz G. *Nouveaux Essais sur l'Entendement Humain* Paris: Flammarion; 2007.  
Leibniz G. *Obra completa*. Madrid: Gredos; 2011.  
Leibniz G. *New Essays on Human Understanding*. New York: Cambridge University Press; 1982.
568. Llinás RR, Paré D. Of dreaming and wakefulness. *Neuroscience*. 1991;44(3):521-35.
569. James W. *The Principles of Psychology*. Vol 1. Mineola, NY: Dover Publications; 1950.  
James W. *Principios de psicología*. Madrid: Daniel Jorro; 1900.
570. Blondel Ch. *La Conscience morbide. Essai de psychopathologie générale*. Paris: Alcan; 1914.
571. Freud S. *Gesammelte Werke*. 19 Bände. Frankfurt am Main: Fischer Verlag; 1999.  
Freud S. *Pulsiones y destinos de pulsión (1915)*. En: *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol 14. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1979.
572. Freud S. *Massenpsychologie und Ich-Analyse*. Hamburg: Nikol Verlag; 2010.  
Freud S. *Psicología de la masas y análisis del yo, y otras obras (1920-1922)* *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol 18. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1979.
573. Milner AD, Perrett DI, Johnston RS, Benson PJ, Jordan TR, Heeley DW, et al. Perception and action in 'visual form agnosia'. *Brain*. 1991;114(Pt 1B):405-28.
574. Soria Bauser DA, Suchana B, Dauma I. Differences between perception of human faces and body shapes: Evidence from the composite illusion. *Vision Research*. 2011;51(1):195-202.
575. Joliot M, Ribary U, Llinás R. Human oscillatory brain activity near 40 Hz coexists with cognitive temporal binding. *Proc Natl Acad Sci*. 1994;91(24):11748-51.
576. Price BH, Daffner KR, Stowe RM, Mesulam MM. The compartmental learning disabilities of early frontal lobe damage. *Brain*. 1990;113:1383-93.
577. Hoff H, Pözl O. Über Störungen des Tiefensehens bei zerebraler Metamorphosie. *Mschr Psychiat Neurol*. 1935;90:305.
578. Riddoch G. Phantom limbs and body shape. *Brain*. 1941;64:197-222.
579. DiBenedetto M. Electrodiagnostic evidence of subclinical disease states in drug abusers. *Arch Phys Med Rehabil*. 1976;57(2):62-6.
580. Alsene KM, Fallace K, Bakshi VP. Ventral striatal noradrenergic mechanisms contribute to sensorimotor gating deficits induced by amphetamine. *Neuropsychopharmacology*. 2010 Nov;35(12):2346-56.
581. Jensen KB, Kosek E, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, et al. Evidence of dysfunctional pain inhibition in Fibromyalgia reflected in rACC during provoked pain. *Pain*. 2009;144(1-2):95-100.
582. de Miquel CA, Campayo JG, Flórez MT, Arguelles JM, Tarrío EB, Montoya MG, et al. Interdisciplinary consensus document for the treatment of fibromyalgia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(2):108-20.
583. Uexküll T von. *Umwelt und Innenwelt der Tiere*. Berlin: Sprin-ger; 1921.
584. Luys J. *Etude sur le dédoublement des opérations cérébrales et sur le rôle isolé de chaque hémisphère dans les phenomenes de la pathologie mentale*. *Bulletins de l'Académie de Médecine, 2ème série (S)* 1879;516-534, 547-565.
585. Babinski J. *Sur l'anosognosie*. *Rev neurol*. 1923;39:731.
586. Gerstmann J. *Syndrome of finger agnosia, disorientation for right and left, agraphia and acalculia*. Local diagnostic value. *Arch Neurol Psychiat*. 1940;44:398.
587. 586 Joseph R. *Neuropsychiatry, neuropsychology and clinical neuroscience*: Baltimore: Williams and Wilkins; 1996.
588. Feinberg TE. *Neuropathologies of the self: clinical and anatomical features*. *Conscious Cogn*. 2011;20(1):75-81.
589. Zaidel D. *A view of the world from split-brain perspective*. In: Critchley EMR, ed. *The neurological boundaries of reality*. London: Farrand Press; 1994. p. 161-74.
590. Keenan JP, Nelson A, O'Connor M, Pascual-Leone A. *Self-recognition and the right hemisphere*. *Nature*. 2001;18;409(6818):305.
591. Morin A. *Right hemispheric self-awareness: a critical assessment*. *Conscious Cogn*. 2002;11(3):396-401
592. Mapstone M, Weintraub S, Nowinski C, Kaptanoglu G, Gitelman DR, Mesulam MM. *Cerebral hemispheric specialization for spatial attention: spatial distribution of search-related eye fixations in the absence of neglect*. *Neuropsychologia*. 2003;41(10):1396-409.
593. Van Lancker D. *Personal relevance and the human right hemisphere*. *Brain Cogn*. 1991;17(1):64-92.
594. Keenan JP, Rubio J, Racioppi C, Johnson A, Barnacz A. *The right hemisphere and the dark side of consciousness*. *Cortex*. 2005;41(5):695-704.
595. Devinsky O. *Right cerebral hemisphere dominance for sense of corporeal and emotional self*. *Epilepsy and behavior*. 2000;1:60-73.
596. Hecht D. *Schizophrenia, the sense of 'self' and the right cerebral hemisphere*. *Med Hypotheses*. 2010;74(1):186-8.
597. Ohigashi Y. *Novel advances in neuropsychology forward to the "deconstruction" of psychiatry*. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2006;108(10):1009-28.

598. Gazzaniga MS. Brain and conscious experience. *Adv Neurol*. 1998;77:181-93.
599. Reeves WH. Right cerebral hemispheric function: behavioral correlates. *Int J Neurosci*. 1983;18(3-4):227-30.
600. Weinberg I. The prisoners of despair: right hemisphere deficiency and suicide. *Neurosci Biobehav Rev*. 2000;24(8):799-815.
601. López-Ibor JJ, López-Ibor MI. Anxiety and logos: toward a linguistic analysis of the origins of human thinking. *J Affect Disord*. 2010 Jan;120(1-3):1-11.
602. Peelen MV, Downing PE. The neural basis of visual body perception. *Nat Rev Neurosci*. 2007;8(8):636-48.
603. Ramachandran VS. The neurology and evolution of humor, laughter, and smiling: the false alarm theory. *Med Hypotheses*. 1998;51(4):351-4.
604. Borsook D, Becerra L, Fishman S, Edwards A, Jennings CL, Stojanovic M, et al. Acute plasticity in the human somatosensory cortex following amputation. *Neuroreport*. 1998;9(6):1013-7.
605. Berlucchi G, Aglioti SM. The body in the brain revisited. *Exp Brain Res*. 2010;200(1):25-35.
606. Urgesi C, Candidi M, Ionta S, Aglioti SM. Representation of body identity and body actions in extrastriate body area and ventral premotor cortex. *Nat Neurosci*. 2007;10(1):30-1.
607. Frassinetti F, Maini M, Benassi M, Avanzi S, Cantagallo A, Farnè A. Selective impairment of self body-parts processing in right brain-damaged patients. *Cortex*. 2010;46(3):322-8.
608. Frassinetti F, Maini M, Romualdi S, Galante E, Avanzi S. Is it mine? Hemispheric asymmetries in corporeal self-recognition. *J Cogn Neurosci*. 2008;20(8):1507-16.
609. Tsakiris M, Costantini M, Haggard P. The role of the right temporo-parietal junction in maintaining a coherent sense of one's body. *Neuropsychologia*. 2008;46(12):3014-8.
610. Craig AD. Significance of the insula for the evolution of human awareness of feelings from the body. *Ann N Y Acad Sci*. 2011 Apr;1225:72-82.
611. Craig AD. The sentient self. *Brain Struct Funct*. 2010 Jun;214(5-6):563-77.
612. Craig AD. How do you feel now? The anterior insula and human awareness. *Nat Rev Neurosci*. 2009 Jan;10(1):59-70.
613. Pascal B. *Oeuvres complètes*. Paris: Gallimard; 1998-1999.
- Pascal B. *Pensamientos*. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
- Pascal B. *Thoughts*. New York: Batleby.com; 2001.
614. Allman JM, Tetreault NA, Hakeem AY, Manaye KF, Semendeferi K, Erwin JM, et al. The von Economo neurons in fronto-insular and anterior cingulate cortex in great apes and humans. *Brain Struct Funct*. 2010 Jun;214(5-6):495-517.
615. Zutt J. Vom gelebten welthaften Leib. En: Zutt J. *Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie. Gesammelte Aufsätze*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer-Verlag; 1963. p.403-6.
- Zutt J. *Sobre la corporalidad vivida orientada hacia el mundo*. En: *Psiquiatría Antropológica*. Madrid: Editorial Gredos; 1974. p.507-13.
616. Zilhão J, Angelucci DE, Badal-García E, d'Errico F, Daniel F, Dayet L, et al. Symbolic use of marine shells and mineral pigments by Iberian Neandertals. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010;107(3):1023-8.
617. Lackner JR. Some proprioceptive influences on the perceptual representation of body shape and orientation. *Brain*. 1988;111:281-97.
618. Ramachandran VS. *Phantoms in the brain*. London: Harper & Perennial; 1999.
619. Hirstein W, Ramachandran VS. Capgras syndrome: a novel probe for understanding the neural representation of the identity and familiarity of persons. *Proc R Soc Lond B Biol Sci*. 1997;264:437-44.
620. Ramachandran VS, Rogers-Ramachandran D. Synaesthesia in phantom limbs induced with mirrors. *Proc Biol Sci*. 1996 Apr 22;263(1369):377-86.
621. Botvinick M, Cohen J. Rubber hands 'feel' touch that eyes see. *Nature*. 1998;391(6669):756.
622. Moseley GL, Olthof N, Venema A, Don S, Wijers M, Gallace A, et al. Psychologically induced cooling of a specific body part caused by the illusory ownership of an artificial counterpart. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2008 Sep 2;105(35):13169-73.
623. Armel KC, Ramachandran VS. Projecting sensations to external objects: evidence from skin conductance response. *Proc Biol Sci*. 2003;270(1523):1499-506.
624. Ramachandran VS, Brang D, McGeoch PD. Size reduction using Mirror Visual Feedback (MVF) reduces phantom pain. *Neurocase*. 2009;15(5):357-60.
625. Kew JJ, Halligan PW, Marshall JC, Passingham RE, Rothwell JC, Ridding MC, et al. Abnormal access of axial vibrotactile input to deafferented somatosensory cortex in human upper limb amputees. *J Neurophysiol*. 1997;77:2753-64.
626. Ramachandran VS, Rogers-Ramachandran D, Stewart M. Perceptual correlates of massive cortical reorganization [comment]. *Science*. 1992;258:1159-60. *Comment on: Science* 1991;252:1857-60.
627. Ehrsson HH, Rosén B, Stocksélius A, Ragnö C, Köhler P, Lundborg G. Upper limb amputees can be induced to experience a rubber hand as their own. *Brain*. 2008;131(Pt12):3443-52.
628. Giummarra MJ, Georgiou-Karistianis N, Nicholls ME, Gibson SJ, Chou M, Bradshaw JL. Corporeal awareness and proprioceptive sense of the phantom. *Br J Psychol*. 2010;101(Pt4):791-808.
629. Oppenheim H. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. 6 ed. Berlin: Karger; 1913.
630. Lhermitte J. *L'image Corporelle en Neurologie. Rapport présenté à la Société Suisse de Neurologie à Fribourg, le 1er décembre 1951*. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*. 1952;69(1-2):213-36.
631. Kimura D. Cerebral dominance and the perception of verbal stimuli. *Canadian Journal of Psychology*. 1961;15:156-65.
632. Studdert-Kennedy M, Shankweiler D. Hemispheric specialization for speech perception. *Journal of the Acoustical Society of America*. 1970;48:579-94.
633. Brentano F. *Psychologie von empirischen Standpunkt*. 2 ed. Leipzig: Meiner; 1924.
634. López-Ibor JJ. *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Madrid: Gredos; 1966.
635. Cramer K. *Erleben, Erlebnis. Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Basilea: J. Ritter Schwabe; 1972. p.702-11.
636. Hoffmeister J. *Briefe von und an Hegel. Vol 3 (1823-1831)*. Hamburg: Meiner; 1952.
637. García Morente M. *Lecciones preliminares de filosofía*. 9 ed. México: Editorial Porrúa; 1980.
638. Dilthey W. *Das Erlebnis und die Dichtung: Lessing, Goethe, Novalis, Hölderlin*. Leipzig: Teubner; 1907.
639. Gadamer HG. *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Gesammelte Werke, Vol 1*. Tübingen: Mohr; 1990.
- Gadamer HG. *Verdad y Método I. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sígueme; 1977.
- Gadamer HG. *Truth and Method*. London: Sheed & Ward Ltd and the Continuum; 1975.
640. López Ibor JJ. *Lecciones de Psicología Médica*. Madrid: Paz

- Montalvo; 1964.
641. Ortega y Gasset J. Sobre el concepto de sensación. En: Obras completas, tomo I (1902-1915). Fundación José Ortega y Gasset y Taurus. Madrid; 2004.p. 624-39
642. Stanghellini G. Embodiment and schizophrenia. *World Psychiatry*. 2009;8(1):56-9.
643. Hildegard von Bingen. *Physica*. Libro de medicina sencilla. Libro sobre las propiedades naturales de las cosas creadas. *Liber simplicis medicinae*. Astorga: Editorial Akron; 2009.
644. Schipperges H. *Der Garten der Gesundheit*. Medizin im Mittelalter. München, Zurich: Artemis; 1985. p.18.
645. Husserl E. *Erfahrung und Urteil: Untersuchungen zur Genealogie der Logik*. Prag: Academia Verlagsbuchhandlung; 1939. p.6.  
Husserl E. *Investigaciones lógicas*. Madrid: Editorial Revista de Occidente; 1929.
646. Husserl E. *Erfahrung und Urteil: Untersuchungen zur Genealogie der Logik*. Prag: Academia Verlagsbuchhandlung; 1939. p.28.  
Husserl E. *Investigaciones lógicas*. Madrid: Editorial Revista de Occidente; 1929.
647. Marcel G. *Être et avoir (1918-1933)*. Paris: Aubier; 1935.  
Marcel G. *Ser y tener*. Madrid: Caparrós Editores; 1995.  
Marcel G. *Being and Having*. London: Dacre Press; 1949.
648. Lévinas E. *Die Zeit und der Andere*. Hamburg: Felix Meiner Verlag; 1995. p.31.
649. Freud S. *Das Ich und das Es*. *Metapsychologische Schriften*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch-Verlag; 1994. (Original work published 1923).  
Freud S. *The ego and the id*. In: Strachey J. *The essentials of psychoanalysis*. London: Penguin; 1986. p. 439-83.  
Freud S. *El yo y el ello*. Madrid: Alianza Editorial; 2002.
650. Federn P. *Ego psychology and psychoses*. New York: Basic Books; 1952.
651. Fisher S, Cleveland SE. *Body image and personality*. New York: Dover Press; 1967. (Original work published 1958)
652. Freud S. *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Hamburg: Nikol; 2010. (Original work published 1905)  
Freud S. *Three essays on sexuality*. In: Strachey J. *The essentials of psychoanalysis*. London: Penguin; 1986. p. 277-375.  
Freud S. *Obras completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1979.
653. Wojtyła K. *Persona y acción*. Madrid: Ediciones Palabra; 2011.
654. Merleau-Ponty M. *La philosophie de l'existence*. *Parcours deux*. Paris: Verdier; 2000.
655. Husserl E. *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge*. *Husserliana Band I*. The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff; 1973.  
Husserl E. *Meditaciones cartesianas*. México: Fondo de Cultura Económica.  
Husserl E. *Cartesian Meditations*. Dordrecht: Kluwer; 1960.
656. López Ibor JJ. *El descubrimiento de la intimidad y otros ensayos*. Madrid: Aguilar; 1958.
657. Ellenberger HF. *The Discovery of the unconscious. History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books; 1970.  
Ellenberger HF. *El descubrimiento de inconsciente. Historia y Evolución de la Psiquiatría Dinámica*. Madrid: Gredos; 1976.
658. Husserl E. *Die Krisis de europaeischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie: Eine Einleitung in die Phänomenologische Philosophie*. In: *Gesammelte Werke*. *Husserliana*. Band VI. Den Haag: Martinus Nijhoff; 1954.  
Husserl E. *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental: Introducción a la filosofía fenomenológica*. México: Prometeo libros; 2010.  
Husserl E. *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology. An Introduction to Phenomenology*. Evanston, IL: Northwestern University Press; 1970.
659. Basaglia F. *Corps, regard et silence*. L'Enigme de la Subjectivité en Psychiatrie. L'Evolution psychiatrique. 1965;30(1):11-26.
660. Merleau-Ponty M. *Signes*. Paris: Gallimard; 1960.  
Merleau-Ponty M. *Signos*. Barcelona: Seix y Barral; 1964.  
Merleau-Ponty M. *Signs*. Evanston: Northwestern University Press; 1964.
661. Gabel J. *La fausse conscience*. Paris: Editions Minuit; 1992.
662. Dörr-Zegers O. Análisis fenomenológico de la depresividad en la melancolía y en la epilepsia. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1979;7(5):291-304.
663. Dörr-Zegers O, Tellenbach H. *Differentialphänomenologie des depressiven Syndroms*. *Nervenarzt*. 1980;51:113-8.
664. Wittgenstein L. *Logisch-Philosophische Abhandlung*. *Annalen der Naturphilosophie*. 1921;4.  
Wittgenstein L. *Tractatus Logico-Philosophicus*. Madrid: Gredos; 2009.  
Wittgenstein L. *Tractatus Logico-Philosophicus*. London: Routledge and Kegan Paul; 1922. <http://www.kfs.org/~jonathan/witt/tlph.html>
665. Finch HL. *Wittgenstein. The Early Philosophy*. New York: Humanities Press; 1971.
666. Tomás de Aquino: In I ad Chor., XV, lect. 2, n. 924.
667. Riva F. *Corpo e metafora in G. Marcel*. Milano: Vita e pensiero; 1985. p.101.
668. Marcel G. *Position et approches concrètes du mystère ontologique*. Paris: Librairie philosophique J Vrin; 1949.  
Marcel G. *Aproximación al misterio del ser: Posición y aproximaciones concretas al misterio ontológico*. Madrid: Encuentro Ediciones; 1987.  
Marcel G. *Gabriel Marcel's Perspectives on The Broken World: The Broken World, a Four-Act Play, Followed by Concrete Approaches to Investigating the Ontological Mystery*. Milwaukee: Marquette University Press; 1998.
669. Panseep J. *Affective Consciousness: Core Emotional feelings in Animal and humans*. *Cognition and Consciousness*. 2005;14(1):30-80.
670. Pessoa L. *On the relationship between emotion and cognition*. *Nature Reviews Neuroscience*. 2008;9:148-58.
671. Heinze M. *Affectivity and personality*. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 2009;16(3):273-5.
672. Rosfort R, Stangellini G. *The feeling of being a person*. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2009;16(3):283-8.
673. Dennett DC. *Consciousness Explained*. Boston: Little Brown and Company; 1991.
674. Farah MJ, Heberlein AS. *Personhood and Neuroscience: Naturalizing or nihilating*. *American journal of Bioethics*. 2007;7(1):37-48.
675. Strawson PF. *Individuals. An essay in descriptive metaphysics*. London: Methuen & Co. Ltd.; 1959.
676. Starobinski J. *Jean Jacques Rousseau. La transparencia y el obstáculo*. Madrid: Taurus; 1983.
677. Schneider K. *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Ediciones Morata; 1980.
678. García Bacca JD. *Antropología filosófica contemporánea*. Barcelona: Anthropos; 1987.
679. Husserl E. *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie II: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*. In: Biemel M, ed. *Husserliana*, vol. 4. Den Haag: Martinus Nijhoff; 1952. p. 53.

- Husserl E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1949. p. 53.
- Husserl E. Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy - Second Book: Studies in the Phenomenology of Constitution. Dordrecht: Kluwer; 1989. p. 53.
680. Ratcliffe M. Belonging to the world through the feeling body. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 2009;16(2):205-11.
681. Plügg H. *Der Mensch und sein Leib*. Tübingen: Niemeyer; 1967.
682. Goethe W. von. *Farbenlehre*. Naturwissenschaftliche Schriften, Band I. Zürich-Stuttgart: Artemis Verlag; 1966.
683. Platón. República. Libro VII. Madrid: Ed. Gredos; 1992. 507 508b 3; 509 a 1.  
Platon. *The Republic*. New Haven: Yale University Press; 2006.
684. Plotino. *Las Enéadas*. Madrid: Editorial Gredos; 1992.
685. Jaspers K. *Psychologie der Weltanschauungen*. Berlín: Springer; 1960.  
Jaspers K. *Psicología de las concepciones del mundo*. Madrid: Gredos; 1967.
686. Ruffin HC. Die hypocondrische Depression. *J Artz Fortb*. 1957;6:58.
687. Fichte JG. *Doctrina de la Ciencia*. Madrid: Aguilar; 1977. p. 259.
688. Zutt J. Über Daseinsordnungen. Ihre Bedeutung für die Psychiatrie. *Nervenarzt*. 1953;24:177-87. Zutt J. Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie. *Gesammelte Aufsätze*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer-Verlag; 1963. p. 310-29.  
Zutt J. Sobre los órdenes del existente. Su significado para la psiquiatría. En: *Psiquiatría Antropológica*. Madrid: Editorial Gredos; 1974. p. 387-410.
689. Varela FJ, Thompson E, Rosch E. *The embodied mind*. Cognitive Science and Human Experience Cambridge: MIT Press; 1991.
690. Damasio AR. *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*. New-York: G.P. Putnam; 1994.
691. Clark A. *Being There: Putting Brain, Body and World Together Again*. Cambridge: MIT Press; 1997.
692. Noë A. *Action in Perception*. Cambridge: MIT Press; 2004.
693. Kelso JAS, Wallace SA. Conscious mechanisms in movement. In: Stelmach GE, ed. *Information processing in motor control and learning*. New York: Academic Press; 1978. p. 79-116.
694. Simons RF. The way of our errors: theme and variations. *Psychophysiology*. 2010;47(1):1-14.
695. Heidegger M. Bauen, Wohnen Denken. In: *Vortrage und Aufsätze*. Neske: Pfullin-gen; 1954.  
Heidegger M. Construir, habitar, pensar. En: *Conferencias y artículos*. Barcelona: Odós; 1994.  
Heidegger M. *Building Dwelling Thinking*. In *Poetry, language, and thought*. New York: Harper & Row; 1971. p. 145-61.
696. Bakan D. Disease, pain, & sacrifice. *Toward a psychology of suffering*. Chicago: Univ of Chicago Press; 1968.  
Bakan D. *Enfermedad, dolor y sacrificio*. Hacia una psicología del sufrimiento. México: Fondo de Cultura Económica; 2007.
697. Plügg H. Der sprachliche Ausdruck für unser Befindens. *Psyche*. 1965;19(5):267-85.
698. Zutt J. Über den tragenden Leib. *Jb. Psychol. Psychother*. 1958;6:166.  
Zutt J. Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie. *Gesammelte Aufsätze*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer-Verlag; 1963. p. 416-25.  
Zutt J. Sobre la corporalidad como portadora. En: *Psiquiatría Antropológica*. Biblioteca de Psicología y Psicoterapia. Madrid: Editorial Gredos; 1974. p. 521-32.
699. Zutt J. Blick und Stimme. Beitrag zur Grundlegung einer verstehenden Anthropologie. *Nervenarzt*. 1957;28:350-5.  
Zutt J. Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie. *Gesammelte Aufsätze*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer-Verlag; 1963. p. 389-98.  
Zutt J. *Mirada y Voz*. Contribución al fundamento de una antropología comprensiva. En: *Psiquiatría Antropológica*. Madrid: Editorial Gredos; 1974. p. 487-98.
700. Pease A. *Body Language*. How to read others' thoughts by their gestures. London: Sheldon Press; 1984.  
Pease A. *Lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Editorial Amat; 2006.
701. Thiel E. *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Elfos; 1991.
702. Barere B. Mémoires de B. Barère, membre de la Constituante, de la Convention, du Comité de salut public, et de la Chambre des représentants. Paris: J Labitte; 1842.  
Barere B. Chairman of the Committee of Public Safety During the Revolution. *Memoirs*. Translated: Translated by De V. Payen-Payne in four volumes. London: H S Nichols; 1896.
703. Bernard M. *Le corps*. Paris: Seuil; 1995.
704. Plügg H. Ueber den menschlichen Raum. *Psyche*. 1964;10:561-603.
705. Bollnow OF. The objectivity of the humanities and the essence of truth. *Philosophy Today*. 1974;18(4):3-18.
706. Minkowski E. *Le Temps Vécu*. Paris: Presses Universitaires de France; 1995.
707. Gebattel VE von. Störungen des Werdens und des Zeiterlebens im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen. In: *Prolegomena, einer medizinischen Anthropologie*. Berlín: Springer; 1954.  
Gebattel VE von. *Antropología médica*. Madrid: Rialp; 1966.
708. Lain Entralgo P. *El cuerpo humano*. Teoría actual. Madrid: Espasa; 1989. p. 254-5.
709. Zaner RM. *The Problem of Embodiment*. Den Haag: Martinus Nijhoff; 1964. p. 22-3.
710. Guignon C. The body, bodily feelings, and existential feelings: A Heideggerian Perspective. *Philosophy, Psychiatry & Psychology (PPP)*. 2009;16(2):195-9.
711. Ratcliffe M. Existential Feelings and Psychopathology. *Philosophy, Psychiatry & Psychology (PPP)*. 2009;16(2):179-194.
712. Ratcliffe M. The feeling of being. *Journal of Consciousness Studies*. 2005;12(8-10):43-60.
713. Ratcliffe M. *Feelings of being: Phenomenology, Psychiatry and the Sense of Reality*. Oxford: Oxford University Press; 2008.
714. Sartre JP. *Esquisse d'une théorie des émotions*. Paris: Hermann; 1938.  
Sartre JP. *Bosquejo de una teoría de las emociones*. Madrid: Ed Alianza; 1973.  
Sartre JP. *The Emotions: Outline of a Theory*. New York: Citadel; 1950.
715. Scheler M. *Wesen und Formen der Sympathie*. In: *Gesammte Werke Band VII*. Bern: Francke Verlag; 1973. p. 7-258.  
Scheler M. *Esencia y formas de la simpatía*. Salamanca: Ed Sigueme; 2005.  
Scheler M. *The Nature of Sympathy*. New Haven: Yale University Press; 1954.
716. Lersch P. *Aufbau der Person*. Leipzig: Barth; 1951.  
Lersch P. *La estructura de la personalidad*. Barcelona: Scientia; 1974.
717. Driesch H. *The history and theory of vitalism*. London: Macmillan; 1904.

718. Nietzsche F. Zur Genealogie der Moral – Eine Streitschrift. Leipzig: C.G. Neumann; 1887.  
Nietzsche F. La genealogía de la moral. Madrid: Alianza Editorial; 2000.  
Nietzsche F. The genealogy of morals. London: Courier Dover Publications; 2003.
719. Ortega y Gasset J. ¿Qué es filosofía? En: Obras completas José Ortega y Gasset. Tomo VIII. Madrid: Revista de Occidente; 2004. p. 359-76.
720. Marcel G. Existentialisme et pensée chrétienne. Temoignages. 1974;13:163.
721. Ruesch J. The infantile personality. The core problem of psychosomatic medicine. Psychosom Med. 1948;10(3):134-44.
722. Marty P, M'Uzan M. La pensée opératoire. Rev Franc Psychoanal 1963;27(suppl):1345.
723. Sifneos P. Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. Acta med psychosom., Proc of the 7th Europ. Conf on Psychosomatic research. Roma; sept. 1967.
724. Martin JB, Pihl RO, Dobkin P. Schalling-Sifneos personality scale: findings and recommendations. Psychotherapy and psychosomatics 1984;41(3):145-52.
725. Plessner H. Die Stufen des Organischen und der Mensch. Berlin: de Gruyter; 1975.
726. Ricoeur P. Philosophie de la volonté, I, Le volontaire et l'involontaire. Paris: Aubier; 1988. p. 12.
727. Escribano X. Aprender de nuevo a ver el cuerpo. En: Pastor García LM y otros, ed. La bioética en el milenio biotecnológico. Murcia: Sociedad Murciana de Bioética; 2001. p. 343-54.
728. Escribano X. Sujeto encarnado y expresión creadora. Aproximación al pensamiento de Maurice Merleau-Ponty. Cabril: Prohom ediciones; 2004.
729. Schütz A. Estudios sobre teoría social. Buenos Aires: Amorturru Editores; 1974.
730. Lhermitte J. Body image and its pathological deformities. Ann Med Psychol. 1952;110(1):101-2.
731. Frederiks JA. The diagnosis of disturbances of the body schema. Psychiatr Neurol Neurochir. 1966;69(5):329-36.
732. Van den Berg HJ. A different existence: Principles of phenomenological psychiatry. Pittsburg: Duquesne University Press; 1972.
733. Plügge H. On the relation of the human body image and corporeality. Internist. 1964;5:159-63.
734. Rosen JC, Frymoyer JW. A review of camptocormia and an unusual case in the female. Spine. 1985;10(4):325-7.
735. Karras D. Camptocormia or cormoptosis? The etymology of the word. Ann Rheum Dis. 1996;55:858.
736. Jiménez González MM, Pons Serra M, Castaño Moreno C, Monés Jiménez L, Martínez Rodenas F. Camptocormia: una rara enfermedad muscular. An Med Interna. 2002 Sep;19(9):470-2.
737. 741 Poeck K. Zur Psychophysiologie der Phantomerlebnisse. Der Nervenarzt. 1963;34(6):241-56.
738. Plügge H, Kohn R. Wohlbefinden und Missbefinden. Eine phänomenologische Studie. Psyche. 1958;1:33-49.
739. Plügge H. Wohlbefinden und Missbefinden. Beiträge zu einer Medizinischen Anthropologie. Tübinga: Niemeyer; 1962.
740. Frenkel-Brunswick E. Mechanisms of self-deception. J Soc Psychol. 1939;10:409.
741. Holzman PS. On hearing and seeing oneself. J Nerv Ment Dis. 1969;148(3):198-209.
742. Janet P. Les névroses. Paris: Ernest Flammarion; 1919.
743. Zutt J. Der ästhetische Erlebnisbereich und seine krankhaften Abwandlungen. Nervenarzt. 1952;23:163-9.  
Zutt, J. Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie. Gesammelte Aufsätze. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer-Verlag; 1963. p. 298-303.  
Zutt J. La esfera de las vivencias estéticas y sus variaciones patológicas. En: Psiquiatría Antropológica. Madrid: Editorial Gredos; 1974. p. 372-83.
744. Orengo García F. Aspectos clínicos comunes entre síntomas de conversión y el síndrome de Anton-Babinski. Archivos de Neurobiología. 1990;LIII(5):177-88.
745. Orengo García F. Conversión y Anosognosia: Un mecanismo fisiopatológico común. Psiquis. 1991;12(1):11-26.
746. Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München: JF Bergmann; 1924.  
Bumke O. Tratado de las enfermedades mentales. Barcelona: Francisco Seix; 1941.
747. Finlay L. The intertwining of body, self and worlds: A phenomenological study of living with recently-diagnosed multiple sclerosis. Journal of Phenomenological Psychology. 2003;34(2):157-78.
748. Szasz T. Pain and Pleasure: A Study of Bodily Feelings, (Revised ed.) Syracuse: Syracuse University Press; 1988.
749. [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728)
750. Bonica JJ. Current concepts of the pain process. Northwest Med. 1970 Sep;69(9):661-4.
751. Aristóteles. Etica Nicomaquea. Madrid: Editorial Gredos; 1985.
752. Wall PD, Melzack R. Textbook of Pain. Edinburgh, London: Churchill Livingstone; 1984.
753. Descartes R. Traité de l'homme. En: Descartes R. Œuvres et lettres. Paris: Editions Gallimard; 1953.  
Descartes R. El tratado del hombre. Madrid: Alianza; 1990.  
Descartes R. The Philosophical Writings Of Descartes in 3 vols. Cambridge: Cambridge University Press; 1988.
754. Pemán JM. El dolor no es de nadie. ABC, Madrid 22/01/1969.
755. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. New York: Oxford Univ Press; 1991.
756. Cassell EJ. Diagnosing suffering: a perspective. Ann Intern Med. 1999;131(7):531-4.
757. Dupré E. Les cénestopathies. Mouvement Médical. 1913;23:3-22.
758. Snell B. Der Aufbau der Sprache. Hamburg: Claassen Vg; 1952.
759. Buytendijk FJJ. Das Menschliche. Stuttgart: KF Koehler; 1958.
760. Snell B. Angeforderte Diskussion zum referat H. Plügges auf der 8. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Psychiater. Psyche 1965;19(5):286-9.
761. Corominas J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Madrid: Gredos; 1994.
762. Bello A. Gramática de la lengua castellana. Buenos Aires: Anaconda; 1943.
763. De Miguel E. El aspecto léxico en Gramática Descriptiva de la Lengua Española. Madrid: RAE; 1999.
764. Fernández Leboran MJ. "La predicación: las oraciones copulativas" en Gramática Descriptiva de la Lengua Española. Madrid: RAE; 1999.
765. Rovalletti ML. ¿Una corporeidad disimulante y una interioridad disimulada? Relaciones (Uruguay). 1997;152(3).  
Ágora 1999;18(1):145-54.
766. Thines G. La Problématique de la psychologie. The Hague: Martinus Nijhoff-Kluwer Academic; 1968.
767. Reiter RR. Toward an Anthropology of Women. New York/London: Monthly Review Press; 1975.



768. <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>
769. Menninger KA, Devereux G. Smith Ely Jelliffe. Father of Psychosomatic Medicine in. *Psychoanal Rev.* 1948;35:350-63.
770. Groddeck G. El libro del Ello. Cartas Psicósomáticas a una amiga. Madrid: Taurus; 1973.  
Groddeck G. The Book of the It. San ramon: Vision Press; 1979.
771. Ferenczi S. Correspondencia Sándor Ferenczi & Georg Groddeck. Jaén: Ediciones del Lunar; 2003.  
Ferenczi S. The Ferenczi-Groddeck Letters, 1921-1933. London: Open Gate Press; 2000.
772. Garma A. Génesis psicósomática y tratamiento de las úlceras gástricas y doudenales. Buenos Aires: Nova; 1954.
773. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. 2 ed. New York/London: Norton; 1987.
774. Nemiah JC. Conversión Reaction. In: Freedman AM, Kaplan HI. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1967.
775. [www.dsm5.org/](http://www.dsm5.org/)
776. Szilasi W. Die Erfahrungsgrundlage der Daseinsanalyse Binswangers. *Schw Arch Neur.* 1951;67:74.
777. Wulff E. Der Hypochonder und sein Leib. *Nervenarzt.* 1958 Feb 20;29(2):60-71.
778. Ruffin H. Leiblichkeit und Hypochondrie. *Nervenarzt.* 1959 May 20;30(5):195-203.
779. Rilke RM. Septima Elegia. En: Las Elegías del Duino y otros poemas. Edición bilingüe. Santiago: Editorial Universitaria; 2000.  
Rilke RM. Seventh Elegia. In: *Duino Elegies: A Bilingual Edition*. New York: Farrar, Straus & Giroux; 1994.
780. Fuchs T. The phenomenology of body, Space and Time in Depression. *Comprendre.* 2005;15:108-21.
781. Dupré E. Pathologie de l'imagination et de l'emotivité. Paris: Payot; 1925.
782. Thomas CS. Dymorphophobia: a question of definition. *British Journal of Psychiatry.* 1984;144:513-6.
783. Ratcliffe M. Feeling of Being. *Phenomenology Psychiatry and the Sense of Reality. Philosophy, Psychiatry & Psychology (PPP).* 2009;16(2):179-94.
784. Cervantes Saavedra M. El Licenciado Vidriera. Madrid: Alianza Editorial; 1996.
785. Sass LA. The paradoxes of delusion: Wittgenstein, Schreber, and the Schizophrenic Mind. Ithac, NY: Cornell University Press; 1994.
786. Huber G. Die coenästhetische Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 1957;25:491-520.
787. Huber G. La esquizofrenia cenestésica: un subtipo de esquizofrenia. *Alcmeon* 16. [http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16\\_01.htm](http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16_01.htm).
788. Huber G. Pneumencephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen, col. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie und Neurologie. Vol 79. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer; 1957.
789. Huber G. Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. *Nervenarzt.* 1983;54:23-32.
790. Penin H, Gross G, Huber G. Elektroencephalographisch-psychopathologische Untersuchungen in Basisstadien endogener Psychosen. In: Huber G. *Endogener Psychosen: Diagnostik, Basissymptome, biologische Parameter*. Stuttgart: Schattauer; 1982. p. 247-64.
791. Conrad K. La esquizofrenia Incipiente. Madrid; Editorial Triacastela; 1997.
792. Ey H. La notion d'automatisme en psychiatrie. *Evolution Psychiatrique.* 1932;4:11-35.
793. Minkowski E. La schizophrénie (1927). Paris: Payot-poche; 2002.
794. Minkowski E. La esquizofrenia, psicopatología de los enfermos y los esquizofrénicos. México: Fondo de Cultura Económica; 2000.
794. Stanghellini G, Ballerini M. What is it like to be a person with schizophrenia in the social world? A First-Person Perspective Study on Schizophrenic Dissociality - Part 2. *Methodological Issues and Empirical Findings Psychopathology.* 2011;44(3):183-92.
795. Reilly TM. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis: presentation treatment. *Proc Roy Soc Med.* 1977;70:39-43.
796. Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Can J Psychiatry.* 1982;27:374-6.
797. Takahashi T, Yoshimatu K. A consideration of clinical classification of cenesthopathia; from a viewpoint of case studies. *Clin Psychiatry.* 1998;40:507-16.
798. Mukai T. Tiapride for monosymptomatic hypochondriacal psychosis (dysmorphic delusion subtype) in presenile patients (case report). *Psychogeriatrics.* 2004;4:53-6.
799. Ratcliffe M. Understanding Existential Changes in Psychiatric Illnesses: The Indispensability of Phenomenology. In: Broome M, Bortolotti L, ed. *Psychiatry as a Cognitive Neuroscience*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
800. Dörr Zegers O. Fenomenología de la corporalidad en la depresión delirante Alcmeon. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.* 2000;9(3):250-9.
801. Kraepelin E. Einführung in die psychiatrische Klinik. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth; 1916.
802. Bleuler M. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin-Göttingen-Heidelberg: SpringerVerlag; 1966. p. 408-21.
803. Pfeiffer WM. Die Symptomatik der Depression in transkultureller Sicht. In: Hippus H, Selbach H. *Das depressive Syndrom*. München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg; 1968. p. 157-61.
804. López Ibor JJ. Masked depression. *Brit J Psychiatry.* 1972;12:120-245.
805. Kielholz P. Masked Depression. Bern: Hans Huber; 1973.
806. López-Ibor JJ Jr. Masked depression under the light of the new biological and nosological research. *Encephale.* 1992;18(Spec1):35-9.
807. Priori R. La "depression-sine depressione" e le sue forme cliniche. In: Kranz ed. *Psychopatologie heute*. Stuttgart: Thieme; 1962.
808. Weitbrecht HJ. Psicopatología comparada de los estados depresivos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr.* 1968;27(3):407-15.
809. López-Ibor Aliño JJ. Los equivalentes depresivos. Madrid: Paz Montalvo; 1972.
810. Fuchs T. Psychopathologie von Leib und Raum. Phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen. Darmstadt: Steinkopff; 2000.
811. Fuchs T. Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart: Klett-Cotta; 2000.
812. Schulte W. Nichttraurigseikönnen im Kern melancholischen Erlebens. *Nervenarzt.* 1961;32:314-20.
813. Schaefer O. Bemerkungen zur psychiatrischen Formenlehre. *Allg Z Psychiat.* 1880;36:214.
814. Dörr-Zegers O. Del análisis clínico-estadístico del síndrome depresivo a una comprensión del fenómeno de la depresividad

- en su contexto patogénico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 1971;10:17-39.
815. Berner P. Wiener Forschungskriterien (Endogenomorph-Zyklothyme Achsensyndrome). In: *Weltverband für Psychiatrie, Diagnosekriterien für Schizophrenie und Affektive Psychosen*. Washington: American Psychiatric Press Inc; 1983. p. 165-71.
816. Lovaglia MJ, Barron Ch, Houser JA. Social Development and Human Evolution: Managing the Ingroup Boundary. *Theory Workshop*. 2003;31.
817. Alexander RD. Evolution of the Human Psyche. In: Mellars P, Stringer Ch, ed. *The Human Revolution*. Edinburgh: Edinburgh University Press; 1989. p. 455-513.
818. Ehrlich PR. *Human Natures*. Washington DC: Shearwater Books; 2000.
819. Tajfel H, Turner JC. An integrative theory of intergroup conflict. In Austin WG, Worchel S, ed. *The Social Psychology Intergroup Relations*. Monterey, CA: Brooks-Cole; 1979. p.39-47.
820. Hogg MA, Terry DJ, White KM. A tale of two theories: A critical comparison of identity theory with social identity theory. *Social Psychology Quarterly*. 1995;58:255-69.
821. Berger J, Fisek MH, Norman RZ, Zelditch M Jr. *Status Characteristics and Social Interaction: An Expectations States Approach*. New York: Elsevier; 1977.
822. Boehm Ch. *Hierarchy in the Forest*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1999.
823. López-Ibor JJ, Cuenca O, López-Ibor MI. *El estigma de la enfermedad mental y los psicofármacos*.
824. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1963.
825. Dovidio JF, Major B, Crocker J. *Stigma: Introduction and Overview*. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, ed. *The Social Psychology of Stigma*. New York: The Guilford Press; 2000.
826. Moliner Ruiz M. *Diccionario de uso del español María Moliner*. 3 ed. Madrid: Gredos; 2007.
827. Juan Pablo II. *Es necesario vivir la caridad cristiana especialmente con los enfermos mentales. Dolentium Hominum. Iglesia y Salud en el Mundo*. 1997;34:7-9.
828. Tomasini F. Exploring ethical justification for self-demand amputation. *Ethics Med*. 2006;22(2):99-115.
829. Reinders AA, Nijenhuis ER, Paans AM, et al. One brain, two selves. *Neuroimage*. 2003;20:2119-25.
830. Irani F, Platek SM, Panyavin IS, et al. Self-face recognition and theory of mind in patients with schizophrenia and first-degree relatives. *Schizophr Res*. 2006;88:151-60.
831. Zucker KJ. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Arch Sex Behav*. 2010;39(2):477-98.
832. APA American Psychiatric Association. *DSM-III, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3 ed. Washington DC: APA Press; 1980.
- Asociación Americana de Psiquiatría. *DSM-III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 1982.
833. Blashfield, Sprock J, Fuller AK. Suggested guidelines for including or excluding categories in the DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*. 1990;31:15-9.
834. Gleaves DH, May MC, Cardeña E. An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clin Psychol Rev*. 2001;21(4):577-608.
835. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Fougere P. Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look. *J Trauma Dissociation*. 2009;10(3):346-67.
836. Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, et al. *Body dysmorphic disorder: Some key issues for DSM-V*. *Depression & Anxiety*. 2010;27:573-91.
837. *El País*, 15 de marzo de 1977.
838. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 22 edición. Madrid: Espasa-Calpe; 2001.
839. Janet P. *Obsession de la honte du corps*. In: *Les obsessions et la psychasthénie*. 2 ed. Paris: Alcan; 1908.
840. Dietrich H. *Dysmorphophobie*. *Arch Psychiat Nervenkr*. 1962;20:511.
841. Corbella T, Rossi L. *La dysmorphophobie, ses aspects cliniques et nosographiques*. *Acta Neurol Psych Belg*. 1967;9:691.
842. Noto-Campanella F, Zuccoli E. In tema di dismorfofobia. *Neuropsiquiatría*. 1968;24:475.
843. Tomkiewicz S, Finder J. *Dysmorphophobie de l'adolescent caractériel*. *Rev Neuropsych Inf*. 1967;15:940.
844. Schachter M. *Nevroses Dysmorphophobiques (complexes de laideur) et delire ou conviction delirante de dysmorphophobie*. *Annales Médico-Psychologiques*. 1971;129:723.
845. Hay GG. *Psychiatric aspects of cosmetic nasal operations*. *Brit J Psychia*. 1970;116:85.
846. Alby JM, Mallat CF, Morel-Fatio D. *De quelques aspects du syndrome dysmorphophobique, particulièrement en rapport avec la chirurgie plastique*. *Confrontations Psychiatriques* 1969;54:27.
847. Morselli G. *Sulla dismorfofobia e sulla tafetofobia*. *Boil Acadd Med Genova* 1886;6.
848. Phillips KA, McElroy SL, Keck Jr PE. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull*. 1994;30:179-86.
849. McElroy SL, Phillips KA, Keck Jr PE. *Body dysmorphic disorder: does it have a psychotic subtype?* *J Clin Psychiatry*. 1993;54:389-95.
850. Fuchs T. A case of "delusional growth". On the origin and nosologic classification of somatic dysmorphic disorder. *Nervenarzt*. 1993;64(3):199-203.
851. Zohar J, Hollander E, Stein DJ, Westenberg HGM, and the Cape Town Consensus Group (Baldwin DS, Bandelow B, Black DW, Blier P, Fineberg NA, Flament MF, Geller D, Khanna S, Lopez-Ibor JJ, Pallanti S.) *Consensus Statement on Obsessive-compulsive Disorder*. *CNS Spectr*. 2007;12:2(Suppl 3):59-63.
852. Phillips KA. *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Oxford: Oxford University Press; 1998.
853. López-Ibor Aliño JJ. Sergio, el Hombre de los Lobos. ¿Un espejismo de psico-análi-sis? *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1973;1(1):127-51.
854. Gardiner M. *The Wolf-Man and Sigmund Freud*. Harmondsworth: Penguin; 1973.
855. Obholzer K. *The Wolf-Man: conversations with Freud's patient sixty years later*. New York: Continuum publishing; 1982.
- Obholzer K. *Conversaciones con el hombre de los lobos: un psicoanálisis y las consecuencias*. Trad.: P. Arias. Buenos aires: Nueva visión; 1996.
856. Busemann A. *Kindheit und Reifezeit*. Frankfurt: Diesterweg; 1965.
857. Fitts SN, Gibson P, Redding CA, Deiter PJ. *Body dysmorphic disorder: implications for its validity as a DSM-III-R clinical syndrome*. *Psychol Rep*. 1989;64:655-8.
858. Bohne A, Keuthen NJ, Wilhelm S, et al. *Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison*. *Psychosomatics*. 2002;43:486-90.
859. Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. *The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult*

- population. *CNS Spectr*. 2008;13:316–22.
860. Meyer JE, Tuchelt-Gallwitz A. A study on social image, body image and the problem of psychogenic factors in obesity. *Comprehensive Psychiat*. 1968;9:148.
861. Suzuki K, Takei N, Kawai M, et al. Is taijin kyofusho a culturebound syndrome? *Am J Psychiatry*. 2003;160:1358.
862. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med*. 2006;36(6):877–85.
863. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brähler E, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry Res*. 2010 Jun 30;178(1):171–5.
864. Linn L. Discussion a M. E. Meyer y cols. *Psychosom Med*. 1960;22:202.
865. Tomkiewicz S, Finder J. Dismorphofobie de l'adolescent caractériel. *Rev Neuropsych Inf*. 1967;15:940.
866. Kretschmer E. *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlin: Springer; 1918.
867. Hallen O. Über circumscrippte Hypochondrien. *Nervenarzt*. 1970;41(5):215–20.
868. Bonhöffer K. *Nerverärztliche Erfahrungen und Eindrücke*. Berlin: Springer; 1941.
869. Schwarz H. Cricumscripthypochondrias, delusionsofdermatosis or tactile hallucinations. *Nervenarzt*. 1959;30(5):203–11.
870. Selvini-Palazzoli M. Contribution à la Psychopatologie du vécu corporel. *L'évolution Psychiatrique*. 1967;32(2):149–73.
871. Buytendijk FJJ. *Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung*, Heidelberg: Springer; 1958.
872. Haecker T. *La joroba de Kierkegaard*. Madrid: Rialp; 1948.
873. Kubie LS. Some aspects of the significance to psychoanalysis of the exposure of a patient to the televised audiovisual reproduction of this activity. *J Nerv Ment Dis*. 1969;148:301.
874. Monello LF, Mayer J. Obese adolescent girls. An unrecognised 'minority group'? *Am J Clin Nutr* 1963;13:35.
875. Dietrich H. Über Dismorphofobie (Missgestaltfurcht). *Archiv für Psychiatrie f.d.ges. Neurologie*. 1962;203:511–8.
876. Pseudo Aristóteles/ Anónimo. *Fisiognomía/ Fisiólogo* En: *Obras Completas*. Madrid: Editorial Gredos; 1999.
877. Carré JM, McCormick CM, Mondloch CJ. Facial structure is a reliable cue of aggressive behavior. *Psychol Sci*. 2009 Oct;20(10):1194–8.
878. Pasche F. De la dépression. En: *A partir de Freud*. Paris: Payot; 1969. p. 284.
879. Morel BA. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris: Beilliére; 1857.
880. Stutte H. Thersites-Komplex. *A Criança Portuguesa*. 1962–63;21:451–6.
881. Stutte H. Neurotische Dissozialität auf dem Boden eines Thersiteskomplexes. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 1974;23(5):161–6.
882. Altschuler EL. Cleidocranial dysostosis and the unity of the Homeric epics: an essay. *Clin Orthop Relat Res*. 2001;(383):286–9.
883. Farry MF. Cleidocranial dysostosis in the Iliad. *Lancet*. 1973;2(7824):323.
884. Shakespeare W. *Troilo y Crésida*. Barcelona: Planeta-De Agostini; 2000.
885. Hegel GWF. *Lecciones sobre la filosofía de la historia universal*. 4 ed. Madrid: Revista de Occidente; 1974.
886. Graves R. *The Greek Myths*. Harlow (R.U.): Penguin Books; 1955.
887. Graves R. *Los Mitos Griegos I*. Buenos Aires: Alianza; 1998.
888. Graves R. *Penthesilea*. Poem. In: *Graves R. Collected Poems*. Nueva York: Random House; 1938.
889. Baumgarten AG. *Aesthetica*. Hildesheim: Olms; 1970.
890. Changeux JP. *Du vrai, du beau, du bien: une nouvelle approche neuronale*. Paris: Odile Jacob; 2008.
891. Santayana G. *The sense of beauty: Being the outline of Aesthetic Theory*. New York, NY: Dover; 1955.
892. Santayana G. *El sentido de la belleza*. Barcelona: Montaner y Simón; 1968.
893. López Quintás A. El sentido de la belleza, según Jorge Santallana. *Revista de Filosofía*. 1992;10:123–42.
894. Tomás de Aquino. *Suma de Teología 1, 5, 4 ad 1. 4 Ed*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2001.
895. Nesbit M. *Their Common Sense*. London: Black Dog Publishing; 2000.
896. Ferry L. *Le sens du Beau: Aux origines de la culture contemporaine*. Paris: Le Livre de Poche; 2001.
897. Eco U. *Tratado de Semiótica General*. Barcelona: Editorial Lumen; 1975.
898. Eco U. *Theory of Semiotics*. Indiana UP: Bloomington; 1976.
899. Eco U. *Bellezza. Storia di un'idea dell'Occidente*. Milano: Motta On Line; 2002.
900. Eco U. *La historia de la belleza*. Barcelona: Lumen; 2005.
901. Eco U. *Historia de la fealdad*. Barcelona: Lumen; 2007.
902. First MB. Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder. *Psychol Med*. 2005 Jun;35(6):919–28.
903. Ramachandran VS, Brang D, McGeoch PD, Rosar W. Sexual and food preference in apotemnophilia and anorexia: interactions between 'beliefs' and 'needs' regulated by two-way connections between body image and limbic structures. *Perception*. 2009;38(5):775–7.
904. Brang D, McGeoch PD, Ramachandran VS. Apotemnophilia: a neurological disorder. *Neuroreport*. 2008;19(13):1305–6.
905. Ramachandran VS, McGeoch P. Can vestibular caloric stimulation be used to treat apotemnophilia? *Med Hypotheses*. 2007;69(2):250–2.
906. Edwards MJ, Alonso-Canovas A, Schrag A, Bloem BR, Thompson PD, Bhatia K. Limb amputations in fixed dystonia: A form of body integrity identity disorder? *Mov Disord*. 2011 Apr 11. doi: 10.1002/mds.23671.
907. Roberts LF, Brett MA, Johnson TW, Wassersug RJ. A passion for castration: characterizing men who are fascinated with castration, but have not been castrated. *J Sex Med*. 2008;5(7):1669–80.
908. Johnson TW, Brett MA, Roberts LF, Wassersug RJ. Eunuchs in contemporary society: characterizing men who are voluntarily castrated (part I). *J Sex Med*. 2007;4(4 Pt 1):930–45.
909. Large MM. Body identity disorder. *Psychol Med*. 2007;37(10):1513; author reply 1513–4.
910. Bayne T, Levy N. Amputees by choice: body integrity identity disorder and the ethics of amputation. *J Appl Philos*. 2005;22(1):75–86.
911. Patrone D. Disfigured anatomies and imperfect analogies: body integrity identity disorder and the supposed right to self-demanded amputation of healthy body parts. *J Med Ethics*. 2009 Sep;35(9):541–5.
912. Müller S. Body integrity identity disorder (BIID)-is the amputation of healthy limbs ethically justified? *Am J Bioeth*. 2009;9(1):36–43.
913. Tomasini F. Exploring ethical justification for self-demand amputation. *Ethics Med*. 2006;22(2):99–115.
914. Hsu LK, Lee S. Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry*. 1993;150(10):1466–71.

911. Habermas T. On the uses of history in psychiatry: diagnostic implications for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2005;38(2):167-82.
912. Starzomska M. Psychiatry throughout ages: rethinking anorexia nervosa as a viable behavior in a specific sociocultural context? *Psychiatr Pol*. 2001;35(4):669-79.
913. Russell GF, Treasure J. The modern history of anorexia nervosa. An interpretation of why the illness has changed. *Ann N Y Acad Sci*. 1989;575:13-27; discussion 27-30.
914. van Deth R, Vandereycken W. Was nervous consumption a precursor of anorexia nervosa? *J Hist Med Allied Sci*. 1991;46(1):3-19.
915. Williams S, Reid M. "It's like there are two people in my head": A phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self. *Psychol Health*. 2011 Jul 8. [Epub ahead of print]
916. Stein KF, Corte C. Identity impairment and the eating disorders: content and organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15(1):58-69.
917. Nordbø RH, Espeset EM, Gulliksen KS, Skårderud F, Holte A. The meaning of self-starvation: qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2006 Nov;39(7):556-64.
918. Brogna P, Caroppo E. The body as a simulacrum of identity: the subjective experience in the eating disorders. *Ann Ist Super Sanita*. 2010;46(4):427-35.
919. Ricoeur P. *Sé come un altro*. Milano: Jaca Book; 1993.
920. Blankenburg W. *La perdita dell'evidenza naturale*. Milano: Raffaello Cortina; 1998.
921. Brumberg JJ. *Fasting Girls. The history of Anorexia nervosa*. Harvard: University Press; 1988.
922. Bailey WT, Hamilton TL. Feminism and anorectic tendencies in college women. *Psychol Rep*. 1992 Dec;71(3 Pt 1):957-8.
923. Mahowald MB. To be or not be a woman: anorexia nervosa, normative gender roles, and feminism. *J Med Philos*. 1992;17(2):233-51.
924. Rampling D. Ascetic ideals and anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*. 1985;19(2-3):89-94.
925. Malson H. *The thin woman: Feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. London: Routledge; 1998.
926. Huline-Dickens S. Anorexia nervosa: some connections with the religious attitude. *Br J Med Psychol*. 2000;73(Pt 1):67-76.
927. Mogul SL. Asceticism in adolescence and anorexia nervosa. *Psychoanal Study Child*. 1980.
928. Selvini-Palazzoli M. *Self-starvation*. London: Chaucer; 1974.
929. Turner BS. *The body & society: explorations in social theory* Oxford: Basil Blackwell; 1984.
930. Bemporad JR, Hoffman D, Herzog DB. Anorexia nervosa in the congenitally blind: theoretical considerations. *J Am Acad Psychoanal*. 1989;17(1):89-101.
931. Chernin K. *The Obsession: Reflections of the Tyranny of Slenderness*. Nueva York: Times Books; 1985.
932. Garner DM, Garfinkel PE, Schwartz D, Thompson M. Cultural expectations of thinness in women. *Psychol Rep*. 1980 Oct;47(2):483-91.
933. Orbach S. *Bodies*. London: Profile Books Ltd; 2009.
934. Bell R. *Holy Anorexia*. Londres: Chicago Univ Press; 1985.
935. Bynum C. Holy feast and holy fast. The religious significance of food to medieval women. London: University of California Press; 1987.
936. Obeyesekere G. *The work of culture: symbolic transformation in psychoanalysis and anthropology*. London: The University of Chicago Press; 1990.
937. Spiro ME, Kilborne B, Langness LL. *Culture and human nature*. London: The University of Chicago Press; 1987.
938. Banks CG. The imaginative use of religious symbols in subjective experiences of anorexia nervosa. *Psychoanal Rev*. 1997;84(2):227-36.
939. Fassino S, Pierò A, Gramaglia C, Daga GA, Gandione M, Rovera GG, et al. Clinical, psychological, and personality correlates of asceticism in anorexia nervosa: from saint anorexia to pathologic perfectionism. *Transcult Psychiatry*. 2006;43(4):600-14.
940. Holliday J, Uher R, Landau S, Collier D, Treasure J. Personality pathology among individuals with a lifetime history of anorexia nervosa. *J Pers Disord*. 2006;20(4):417-30.
941. Paz O. *Sor Juana Inés de la Cruz o Las trampas de la fe*. Barcelona: Seix Barral; 1982.
942. Ruiz Bueno D. *Actas de los mártires*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 1968.
943. Sánchez Ruiz V. *Martirologio Romano*. Madrid: Apostolado de la prensa; 1953. p. 194-5.
944. Bislenghi A. *Luces y sombras. Mil años de amor y devoción a Santa Librada*. Sigüenza: Gráficas Carpintero; 2003.
945. Díaz Tena ME. La vida de Santa Librada y su fuente medieval. *Culturas Populares. Revista Electrónica* 8 (enero-junio 2009). <http://www.culturaspopulares.org/textos8/articulos/diaz.pdf>
946. Martínez Gómez-Gordo JA. *Leyendas de tres personajes históricos de Sigüenza*. Sigüenza: Centro de Iniciativas y Turismo de Sigüenza; 1971.
947. Schnürer G, Ritz JM. *Sankt Kümmernis und Volto Santo*. Düsseldorf: Schwan; 1934.
948. Friesen IE. *The female crucifix: Images of St. Wilgefortis since the middle ages*. Ontario: Wilfrid Laurier University Press Waterloo; 2001.
949. Ivanovic-Zuvic F. El legado de Karl Jaspers. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2000;38:157-65.
950. Feinberg TE, Schindler RJ, Flanagan NG, Haber LD. Two alien hand syndromes. *Neurology*. 1992;42:19-24.