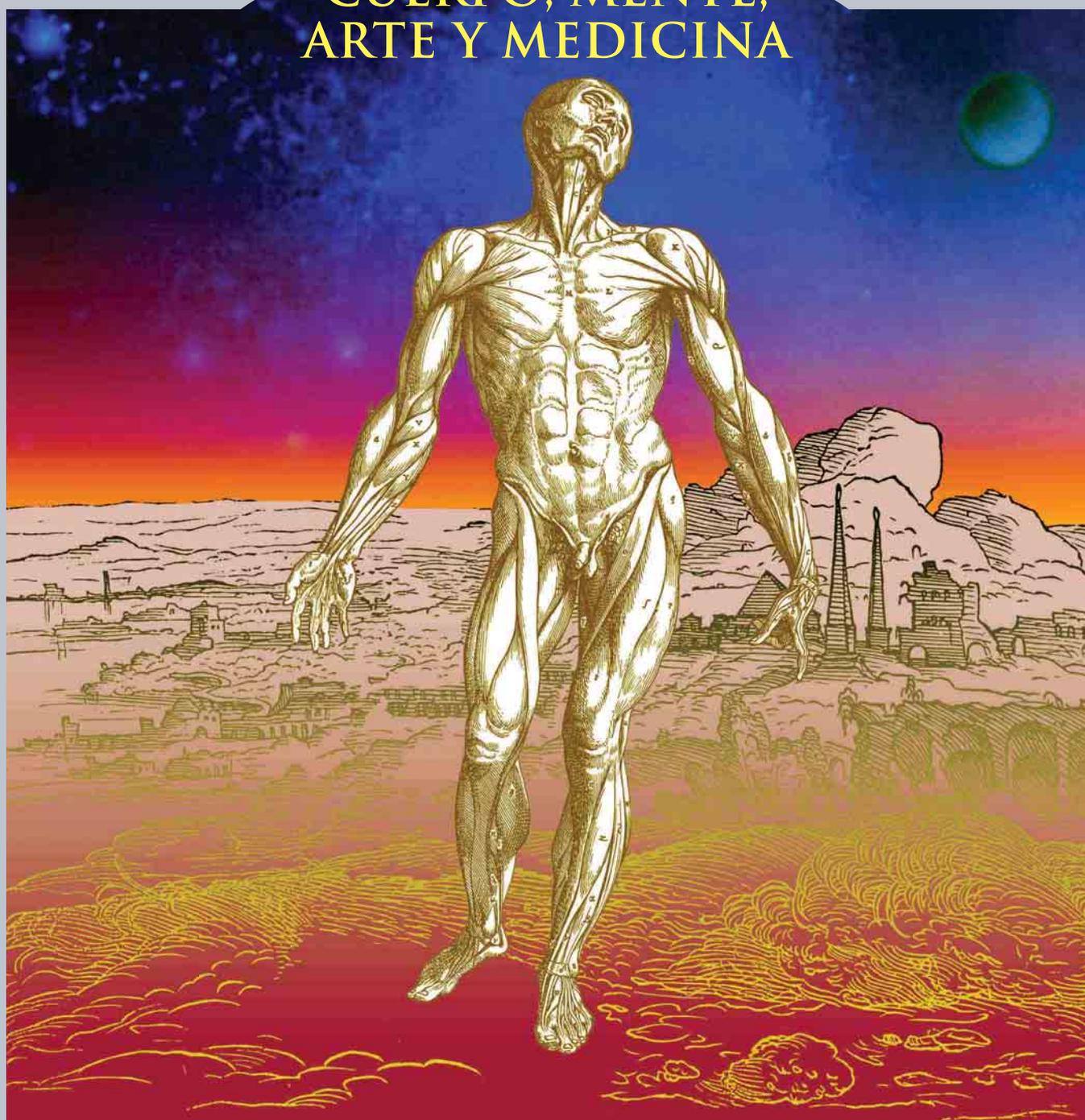


HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

CUERPO, MENTE,
ARTE Y MEDICINA



HUMANITAS

HUMANIDADES MÉDICAS

Volumen 1, Número 4, Octubre-Diciembre 2003



Pau Casals 22, 6º. 08021 Barcelona.
Tel.: 93 240-23-23. Fax: 93 240-23-24.
e-mail: fundacion@fundacionmhm.org
http://www.fundacionmhm.org

Presidente
José Antonio Dotú

Vicepresidente
Edgar Dotú Font

Secretario
Agustín Jausás Martí

Vocales
Màrius Foz i Sala
Ciril Rozman

Director Científico
Màrius Foz i Sala

Gerente de Gestión
Ana María de las Heras

Gerente Editorial
Fco. Javier Ruiz

Director de Marketing
Jordi Jané

Director Administrativo
Àlex Borràs

Director Artístico
Vicente Olmos

Ilustración
Natalia Suárez

HUMANITAS, HUMANIDADES MÉDICAS
Publicación trimestral de carácter monográfico.

Editada por «Fundación Medicina y Humanidades Médicas»

HUMANITAS, HUMANIDADES MÉDICAS es una revista de carácter general en el ámbito de las Humanidades Médicas, que pretende ser un medio de información y formación en estas materias. Es un foro de reflexión y análisis sobre el cúmulo de conceptos, percepciones, dilemas, conflictos y actitudes que se dan en el mundo actual acerca de la salud, la enfermedad y la atención sanitaria y a la propia concepción de la medicina y a su práctica en nuestros días.

©Copyright 2003 Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

©de las reproducciones autorizadas VEGAP 2003.

Suscripciones: Fundación Medicina y Humanidades Médicas
Pau Casals 22, 6º. 08021 Barcelona. Tel.: 93 240-23-23. Fax: 93 240-23-24.
e-mail: fundacion@fundacionmhm.org - http://www.fundacionmhm.org

Tarifa de suscripción:

(un año, 4 números + acceso a edición electrónica en Internet + CD-ROM)

	ESPAÑA			INTERNACIONAL	
Envío personalizado	Individuales	Institucionales	Correo superficie todo el mundo	Individuales	Institucionales
	60 €	100 €	aéreo Europa	70 €	110 €
			aéreo resto del mundo	85 €	125 €
				110 €	150 €

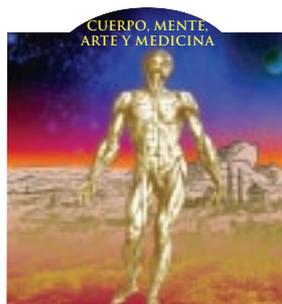
(Canarias, Ceuta y Melilla menos 4% IVA)

Preimpresión: Fotoletra, S.A.
Impresión: Rotographik, S.A.
Santa Perpetua de Mogoda (Barcelona), España

Depósito Legal: B-15.060-2003
ISSN: 1696-0327

LOPD

Cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/99 del 13 de diciembre, referida a la protección de datos de carácter personal, le informamos que su nombre, dirección, profesión y especialidad que ejerce forman parte del fichero automatizado de esta Fundación sin ánimo de lucro. Si usted deseara ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación puede efectuarlo dirigiéndose por escrito a esta Fundación.



Nuestra Portada

El grabado de la obra de Andrea Vesalio *De Humani Corporis Fabrica*, que ilustra nuestra portada, representa la convergencia entre distintos saberes humanos y refleja a la perfección la confluencia entre arte y medicina, entre cuerpo y mente, que es el objeto del presente número de la revista.

A su lado para mejorar la calidad asistencial

Algo está cambiando en el mundo de la salud. Una nueva realidad se está construyendo día a día con nuevas necesidades en el ámbito sanitario. Por eso, **Novartis** quiere estar a su lado ahora, más que nunca, para responder a la creciente demanda de una mejor calidad asistencial.

Con la voluntad de ayudarlo en este nuevo contexto, la **USGS** (Unidad de Servicio a la Gestión Sanitaria) desarrolla proyectos innovadores que aporten soluciones al sector sanitario: **IRS** (Investigación de Resultados en Salud), **PFC** (Programas de Formación Continuada), **GCS** (Gestión del Conocimiento en Salud) y **SGS** (Servicios de Gestión Sanitaria). Desde hoy, estamos a su lado para mejorar la calidad asistencial en beneficio de todos.

usgs.phesba@pharma.novartis.com

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

Volumen 1, Número 4, Octubre-Diciembre 2003

Director

Màrius Foz i Sala

Director Adjunto

Margarita Boladeras Cucurella

Consejo Asesor

Rafael Argullol Murgadas (*Barcelona, España*)
Filósofo y escritor. Catedrático de Estética y Teoría de las Artes, Facultad de Humanidades, Universitat Pompeu Fabra

Carlos Ballús Pascual (*Barcelona, España*)
Catedrático de Psiquiatría. Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona

Victoria Camps Cervera (*Barcelona, España*)
Catedrática de Ética y Filosofía Política. Universidad Autónoma de Barcelona

James F. Drane (*Edinboro, EEUU*)
Russell B. Roth Professor of Biomedical Ethics (Emeritus), Edinboro University of Pennsylvania

Dietrich von Engelhardt (*Lübeck, Alemania*)
Institut für Medizin-und Wissenschaftsgeschichte

Sergio Erill Sáez (*Barcelona, España*)
Catedrático de Farmacología. Director de la Fundación Dr. Antonio Esteve

Henk ten Have (*Nijmegen, Holanda*)
Professor of Medical Ethics, University Medical Centre St Rabdoud

Albert R. Jonsen (*San Francisco, EEUU*)
Emeritus Professor of Ethics in Medicine, University of Washington School of Medicine

Arthur Kleinman (*Boston, EEUU*)
Professor of Medical Anthropology, Harvard Medical School, Harvard University

Juan Ramón Lacadena Calero (*Madrid, España*)
Catedrático de Genética, Facultad de Biología, Universidad Complutense

Fernando Lolas Stepke (*Santiago, Chile*)
Director del Programa Regional de Bioética OPS/OMS

Guillem López Casasnovas (*Barcelona, España*)
Catedrático y Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universitat Pompeu Fabra

José María López Piñero (*Valencia, España*)
Catedrático de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia

José A. Mainetti (*Buenos Aires, Argentina*)
Director del Instituto de Bioética y Humanidades Médicas, Fundación Dr. José María Mainetti

Eduardo Menéndez (*México, D.C., México*)
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

Marcelo Palacios (*Gijón, España*)
Presidente del Comité Científico, Sociedad Internacional de Bioética (SIBI)

Edmund D. Pellegrino (*Washington, EEUU*)
Professor Emeritus of Medicine and Medical Ethics, Center for Clinical Bioethics, Georgetown University Medical Center

Cristóbal Pera (*Barcelona, España*)
Catedrático de Cirugía. Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona

Carlos María Romeo Casabona (*Bilbao, España*)
Cátedra Interuniversitaria Fundación BBVA-Diputación Foral de Bizkaia de Derecho y Genoma Humano

Hans-Martin Sass (*Bochum, Alemania*)
Professor of Philosophy, Zentrum für Medizinische Ethik. Senior Research Scholar, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington

María Luz Terrada (*Valencia, España*)
Catedrática de Documentación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia

UNA MIRADA EN EL PRESENTE...
...CON VISTAS AL **FUTURO**

www.masson.es



La información

- ▶ **MÁS ACTUAL**
para los mejores
profesionales

SOLICITE INFORMACIÓN GRATIS

Fax: 932 419 029 Teléfono: 932 419 020
Mail: masson@masson.es Web: www.masson.es

Sí, deseo recibir información sobre:

Especialidad

Tema/s

Profesión

Nombre

Dirección

Localidad

- ▶ **MEDICINA**
- ▶ **ENFERMERÍA**
- ▶ **FARMACIA**
- ▶ **FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN**
- ▶ **LOGOPEDIA**
- ▶ **ODONTOLOGÍA**
- ▶ **VETERINARIA**
- ▶ **OTRAS ESPECIALIDADES**
- ▶ **FORMACIÓN PROFESIONAL**

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

Volumen 1, Número 4, Octubre-Diciembre 2003

Director

Màrius Foz i Sala

Director Adjunto

Margarita Boladeras Cucurella

Comité Editorial

Francesc Abel Fabre (*Barcelona, España*)

Presidente del Instituto Borja de Bioética

Carlos Alonso Bedate (*Madrid, España*)

Profesor de Investigación. Centro de Biología Molecular «Severo Ochoa».
Universidad Autónoma de Madrid

Rosa Ballester Añón (*Alicante, España*)

Catedrática de Historia de la Ciencia. Universidad Miguel Hernández

María-Teresa Bazo (*Bilbao, España*)

Catedrática de Sociología. Universidad del País Vasco

Juan Pablo Beca Infante (*Santiago, Chile*)

Centro de Estudios Bioéticos y Humanísticos. Facultad de Medicina.
Universidad de Chile

Francesc Borrell Carrió (*Barcelona, España*)

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Experto en Relación
Asistencial y Comunicación Humana

Marc Antoni Broggi (*Barcelona, España*)

Presidente de la Societat Catalana de Bioética.
Miembro del Comité de Bioética de Cataluña

Francisco Bujosa (*Palma de Mallorca, España*)

Catedrático de Historia de la Ciencia. Universitat de les Illes Balears

Hanne Campos (*Barcelona, España*)

Licenciada en Psicología. Doctorada en Sociología (Salud)

Arachu Castro (*Boston, EEUU*)

Instructor in Medical Anthropology. Department of Social Medicine.
Harvard Medical School

Laura Chaqués Bonafont (*Barcelona, España*)

Departamento de Ciencia Política. Universidad de Barcelona

Josep Maria Comelles (*Tarragona, España*)

Profesor de Antropología Social. Departament d'Antropologia,
Filosofia y Treball Social. Universitat Rovira i Virgili

Susan M. DiGiacomo (*Amherst, EEUU*)

Profesora Adjunta de Antropología. Universidad de Massachusetts-Amherst

Carmen Domínguez Alcón (*Barcelona, España*)

Profesora Titular. Experta en Sociología de la Salud.
Departamento de Sociología. Universidad de Barcelona

Josep Egozcue Cuixart (*Barcelona, España*)

Catedrático de Biología Celular. Genetista. Universidad Autónoma de Barcelona

Juan Esteva de Sagrera (*Barcelona, España*)

Catedrático de Historia de la Farmacia. Universidad de Barcelona

Anna García Altés (*New York, EEUU*)

Economista. Máster en Salud Pública. Office of Policy, Planning,
Quality and Development. NYC Department of Health and Mental Hygiene

Omar García Ponce de León (*Cuernavaca, México*)

Ciencias Sociales. Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Ángel González de Pablo (*Madrid, España*)

Profesor Titular. Unidad Docente de Historia de la Medicina.
Universidad Complutense

Héctor Jausás Farré (*Barcelona, España*)

Abogado especialista en Derecho Farmacéutico

José Lázaro (*Madrid, España*)

Profesor Asociado de Historia y Teoría de la Medicina.
Universidad Autónoma de Madrid

Pablo Lázaro y de Mercado (*Madrid, España*)

TAISS Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud

Alfonso Llano Escobar, S.J. (*Santafé de Bogotá, Colombia*)

Director del Instituto de Bioética CENALBE.

Pontificia Universidad Javeriana

José Martínez Pérez (*Albacete, España*)

Profesor Titular de Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina.
Universidad de Castilla-La Mancha

Jesús M. de Miguel (*Barcelona, España*)

Catedrático de Sociología de la Salud. Departamento de Sociología.
Universidad de Barcelona

Enrique Miret Magdalena (*Madrid, España*)

Teólogo y eticista. Presidente de la Asociación de Teólogos Juan XXIII

Luis Montiel Llorente (*Madrid, España*)

Profesor Titular. Unidad Docente de Historia de la Medicina.
Universidad Complutense

Vicente Ortún Rubio (*Barcelona, España*)

Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria.
Centro de Investigación en Economía y Salud. Universitat Pompeu Fabra

José Pardo Tomás (*Barcelona, España*)

Departament d'Història de la Ciència. Institutió «Milà i Fontanals» CSIC

Enrique Perdiguero Gil (*Alicante, España*)

Profesor Titular de Historia de la Ciencia. Universidad Miguel Hernández

José Luis Peset (*Madrid, España*)

Profesor de Investigación. Departamento de Historia de la Ciencia.
Instituto de Historia del CSIC

Oriol Romani Alfonso (*Tarragona, España*)

Director del Departament d'Antropologia, Filosofia y Treball Social.
Universitat Rovira i Virgili

Javier Sánchez Caro (*Madrid, España*)

Director de la Unidad de Bioética y Derecho Sanitario.
Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid

Miguel Ángel Sánchez González (*Madrid, España*)

Profesor Titular. Unidad Docente de Historia de la Medicina.
Universidad Complutense

Pablo Simón Lorda (*Madrid, España*)

Magíster en Bioética. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Bernat Soria Escoms (*Alicante, España*)

Catedrático de la Facultad de Medicina.
Director del Instituto de Bioingeniería. Universidad Miguel Hernández

Carmen Tomás-Valiente (*Valencia, España*)

Profesora Titular de Derecho Penal. Universidad de Valencia

Txomin Uriarte (*Bilbao, España*)

Servicio de Docencia y Desarrollo Profesional.
Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco

En MSD, laboratorio farmacéutico, líder en innovación, sabemos que la investigación puede vencer a la enfermedad.

En cada descubrimiento, encontramos un nuevo reto; con cada medicamento, ofrecemos una nueva esperanza

Siempre cerca de ti

 **MSD**
www.msd.es

Merck Sharp & Dohme de España, S.A.
el lado humano de la medicina

 **YAHOO!** para Médicos
www.relyshooparamedicos.com LO TIENE TODO

02-04-GEN-03-E-1050-J

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

Volumen 1, Número 4, Octubre-Diciembre 2003

Número monográfico:

CUERPO, MENTE, ARTE Y MEDICINA

Director Invitado

Rafael Argullol

SUMARIO

Editorial <i>J. A. Dotú y F. J. Ruiz</i>	279
Presentación <i>Rafael Argullol</i>	281
Enfermedad, religión y arte primitivo <i>Estela Ocampo</i>	283
El cuerpo bajo la mirada médica <i>Cristóbal Pera</i>	291
Cuerpo, calor y dolor en el pensamiento antiguo de la India <i>Óscar Pujol</i>	301
La permeabilidad del saber en el siglo XVI <i>Isabel Soler</i>	311
Cuerpo y creación en Miguel Ángel <i>Rafael Argullol</i>	323
De la melancolía y la <i>mors voluntaria</i> <i>Ramón Andrés</i>	329
De la materialización del yo a la materialización del ideal humano: la fisiognómica, la frenología y el arte <i>Rosa Sala Rose</i>	337
Cerebro y creación científica <i>Nolasc Acarín Tusell</i>	345
Sobre el dolor <i>Chantal Maillard</i>	353
La mano desnuda <i>Frederic Amat</i>	361

EDITORIAL TRIACASTELA

La Editorial Triacastela está especializada en la publicación de libros profesionales sobre temas de humanidades médicas (bioética, historia y filosofía de la medicina, textos célebres del pensamiento médico, etc.), psiquiatría, psicopatología, geriatría... El catálogo que se presenta a continuación incluye reediciones de obras clásicas alternadas con otras nuevas seleccionadas por su rigor y elevado nivel. Muchas de ellas son textos de referencia en sus respectivos temas.



HISTORIA Y TEORÍA DE LA PSIQUIATRÍA

La esquizofrenia incipiente.
K. CONRAD. 1997. 336 págs.

Psicopatología clínica.
K. SCHNEIDER. 1997. 304 págs.

Estudios sobre los delirios.
H. EY. 1998. 200 págs.

Los síntomas de la locura.
A. HOCHÉ, E. KRAEPELIN y O. BUMKE.
1999. 179 págs.

El delirio sensitivo de referencia.
E. KRETSCHMER. 2000. 376 págs.

Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna.
G. LANTÉRI-LAURA. 2000. 336 págs.

Temas y tendencias de la psiquiatría alemana.
W. JANZARIK. 2001. 280 págs.

La persona del esquizofrénico.
J. WYRSCH. 2001. 320 págs.

El origen de las enfermedades mentales.
E. H. HARE. 2002. 336 págs.

PSIQUIATRÍA GENERAL

El trastorno esquizofrénico de la acción humana.
A. COLODRÓN. 1995. 130 págs.

Psicosis cicloides.
D. BARCIA. 1998. 128 págs.

La condición esquizofrénica.
A. COLODRÓN. 2002. 340 págs.

Hechos y valores en psiquiatría.
E. BACA y J. LÁZARO (eds.). 2003. 584 págs.

Las víctimas de la violencia.
E. BACA y M. L. CABANAS (eds.).
2003. 288 págs.

Envejecimiento cerebral y enfermedad.
J. M. MARTÍNEZ LAGE y V. HACHINSKI (eds.).
2001. 424 págs.

HUMANIDADES MÉDICAS

La historia clínica.
P. LAÍN ENTRALGO. 1998. 776 págs.

Antología de clásicos médicos.
J. M.^a LÓPEZ PIÑERO. 1998. 435 págs.

Bioética para clínicos.
A. COUCEIRO (ed.). 1999. 368 págs.

El consentimiento informado.
P. SIMÓN. 2000. 480 págs.

Historia de la medicina naturista española.
A. ARTETXE. 2000. 256 págs.

De senectute / Acerca de la vejez.
M. T. CICERÓN. 2001. 210 págs.

Introducción a la filosofía de la medicina.
H. R. WULFF, S. ANDUR PEDERSEN
y R. ROSENBERG. 2002. 312 págs.

Ética en medicina crítica.
J. A. GÓMEZ RUBÍ. 2002. 288 págs.

PSICOPATOLOGÍA

Cinco conferencias sobre la esquizofrenia.
A. COLODRÓN. 1999. 144 págs.

Historiografía de la psiquiatría española.
J. LÁZARO y F. BUJOSA. 2000. 208 págs.

Evolución cerebral y psicopatología.
J. SANJUÁN (ed.). 2000. 248 págs.

La ética en psiquiatría.
S. BLOCH, P. CHODOFF y S. A. GREEN (eds.).
2001. 520 págs.

El esquema de lo concreto.
P. RAMOS GOROSTIZA y C. REJÓN ALTABLE.
2002. 240 págs.

VARIOS

Corazón, cerebro y envejecimiento.
P. ZARCO y J. M. MARTÍNEZ LAGE (eds.).
2002. 368 págs.



HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

Volume 1, Number 4, October-December 2003

Monographic issue:
**BODY, MIND,
ART AND MEDICINE**

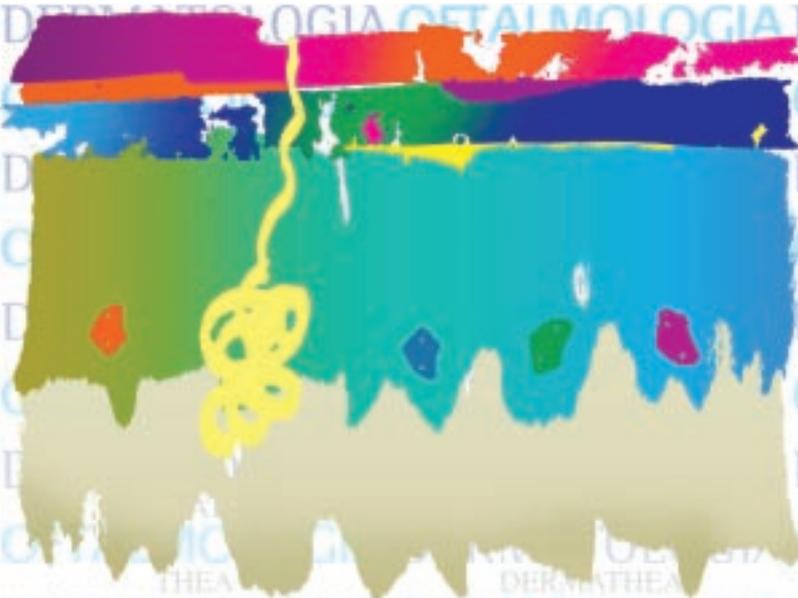
Guest Editor
Rafael Argullol

CONTENTS

Editorial <i>J. A. Dotú and F. J. Ruiz</i>	279
Presentation <i>Rafael Argullol</i>	281
Illness, Religion and Primitive Art <i>Estela Ocampo</i>	283
The Body under the Medical Gaze <i>Cristóbal Pera</i>	291
Body, Heat and Pain in the Ancient Thinking of India <i>Óscar Pujol</i>	301
The Permeability of Knowledge in the Sixteenth Century <i>Isabel Soler</i>	311
Body and Creation in Michelangelo <i>Rafael Argullol</i>	323
On Melancholy and the <i>Mors Voluntaria</i> <i>Ramón Andrés</i>	329
From the Materialization of the Self to the Materialization of the Human Ideal: Physiognomics, Frenology, and Art <i>Rosa Sala Rose</i>	337
Brain and Scientific Creation <i>Nolasc Acarín Tusell</i>	345
On Pain <i>Chantal Maillard</i>	353
The Naked Hand <i>Frederic Amat</i>	361



TRABAJAMOS PARA LA ESPECIALIZACIÓN,
INNOVACIÓN Y FORMACIÓN DEL MÉDICO



LABORATORIOS
Thea
Motor de Innovación

Pg. Sant Joan, 91 – 08009 Barcelona

EDITORIAL

Fue hace ahora un año cuando con una gran ilusión dábamos cuenta de la creación de nuestra Fundación Medicina y Humanidades Médicas, e informábamos de su finalidad y objetivos -contribuir al estudio y desarrollo de la Medicina y de las Humanidades Médicas- y de las actividades que la misma pretendía desarrollar, que concretábamos en la creación y edición de la revista «HUMANITAS Humanidades Médicas» y en la edición de productos editoriales orientados a la información y formación continuada de los profesionales de la salud.

Unos meses después, en los actos que tuvieron lugar el 24 de febrero y 3 de marzo del presente año en Barcelona y Madrid respectivamente, tuvimos la satisfacción de presentar tanto nuestra Fundación como la revista «HUMANITAS Humanidades Médicas», dando así cumplimiento a una de las finalidades declaradas de nuestra institución: contribuir al estudio y desarrollo de las Humanidades Médicas, de las que en los mencionados actos decíamos que son «un conjunto de disciplinas todavía insuficientemente cultivadas en nuestro país, entre otras razones probablemente por la falta de medios adecuados de expresión y difusión, y que, sin embargo, están llamadas a desempeñar un papel de gran importancia en la reflexión, el análisis y el debate que se produce en nuestro mundo acerca de la salud y la atención sanitaria».

En este breve período de un año, creemos haber conseguido que la revista que tiene en sus manos haya sido un destacado foro de reflexión y análisis, desde la perspectiva multidisciplinaria que ofrecen las Humanidades Médicas, sobre cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad, la medicina y su práctica, y la atención sanitaria en general, y sobre el cúmulo de conceptos, percepciones, dilemas, conflictos y actitudes que se da en la sociedad actual en torno a estos fenómenos. Esta convicción no nace de una autocomplacencia acrítica, sino que se sustenta en numerosos testimonios externos que han avalado la trayectoria y el valor de la publicación.

Esta constatación de que lo hasta ahora hecho se encuentra en el buen camino no nos ha impedido, sin embargo, reflexionar sobre la mejor manera de dar cumplimiento a la finalidad y objetivos de nuestra Fundación, que no son otros que los de contribuir desde el mayor rigor científico e intelectual al estudio y desarrollo de la Medicina y las Humanidades Médicas. Como resultado de esta reflexión, hemos adoptado las decisiones que comentamos a continuación.

Vaya por delante que nuestra finalidad y objetivos continúan siendo los del primer día. Sin embargo, en un ejercicio de racionalización de nuestra actividad, hemos decidido centrar por el momento toda ella en la creación y edición de una serie de monografías (libros), que denominaremos genéricamente «Monografías HUMANITAS». Estas monografías se publicarán de forma seriada bajo esta denominación, en un número mínimo de cuatro al año, con una periodicidad trimestral, y en ellas daremos cabida tanto a temas de Medicina, en sus aspectos científicos y clínicos, que sean de especial relevancia, interés y actualidad, como a otros específicamente dedicados a las Humanidades Médicas, al estilo de lo que han sido los números monográficos de la revista «HUMANITAS Humanidades Médicas». Tenemos previsto, además, editar cada año una monografía de carácter extraordinario.

Así pues, a partir del próximo año reconvertiremos esta revista, dotándola de un espectro temático sensiblemente ampliado, en la nueva serie de «Monografías HUMANITAS», con la que esperamos cumplir plenamente nuestro objetivo de contribuir al estudio y desarrollo de la Medicina y las Humanidades Médicas. Nos complace anticiparle que algunos de los temas de las «Monografías HUMANITAS» que se publicarán a lo largo del próximo año son:

- **Envejecimiento** (Director: Prof. J. M. Ribera Casado).
- **Dolor y sufrimiento en la práctica clínica** (Director: Prof. R. Bayés Sopena).

- **Investigación con células madre (troncales)** (Director: Prof. Carlos M. Romeo Casabona).
- **Drogadicción** (Director: Prof. O. Román Alfonso).
- **Evidencia científica, atención sanitaria y cultura** (Director: Dr. Xavier Bonfill)

Los actuales Consejo Asesor y Comité Editorial de la revista «HUMANITAS Humanidades Médicas» quedarán refundidos en las futuras «Monografías HUMANITAS» en un único Consejo Editorial, al que incorporaremos además destacadas personalidades de la Medicina, en sus vertientes tanto clínica como de investigación y docencia.

Por otra parte, esta nueva línea de actuación nos permitirá ofrecer a las instituciones y profesionales interesados en las «Monografías HUMANITAS» editadas por nuestra Fundación un acceso más flexible a las mismas, bien adquiriendo todas ellas mediante la formalización de una suscripción anual, bien mediante la compra de monografías singulares de su especial interés. Aún más; si hasta ahora la inclusión en la revista «HUMANITAS Humanidades Médicas» de publicidad de productos farmacéuticos de

prescripción limitaba, por imperativo legal, el acceso a la misma a los profesionales facultados para prescribir dichos productos, la eliminación de esa publicidad en la nueva serie de «Monografías HUMANITAS» abate esa barrera y pone estas publicaciones al alcance de un amplio espectro de profesionales y académicos de muy diferentes disciplinas distintas de la Medicina interesados en estas materias, y al de muchas otras personas ávidas de información rigurosa y ponderada sobre cuestiones que de manera tan central afectan a la salud, bienestar y dignidad de las personas y las sociedades en que vivimos.

Tenemos la confianza de que este cambio en la orientación de nuestra actividad abre nuevas y provechosas oportunidades de servicio a los profesionales directa o indirectamente implicados en todo lo relacionado con la salud, la medicina y la atención sanitaria, y también a las personas y colectividades destinatarias de los cuidados de salud, sin duda el bien más preciado de la humanidad.

José A. Dotú PRESIDENTE

F. Javier Ruiz GERENTE EDITORIAL

FUNDACIÓN MEDICINA Y HUMANIDADES MÉDICAS

PRESENTACIÓN

El presente número de la revista está dedicado a la relación entre la creación y la medicina a través de ámbitos estrechamente relacionados como son el *cuerpo*, la *salud*, la *enfermedad* y la *imaginación*. En una publicación que pretende expresar el vínculo entre lo médico y lo humanístico no podía faltar esta aproximación a las esferas de lo artístico desde la perspectiva de nuestro presente.

Con todo, es un nexo tan lejano como cada uno de los términos del binomio: arte y medicina se han necesitado y complementado con una intimidad tal que, en ocasiones, se han yuxtapuesto por completo. Quizá para nuestra cultura de la máxima especialización puede ser sorprendente poner en diálogo a los dos territorios, pero la historia humana ha transcurrido siempre en el interior de esta conversación, incluso antes de nombrarla con palabras y también después -ahora- cuando creemos que el diálogo ha cesado.

El asombro disminuye si se tiene en cuenta que para la cultura fundacional griega el concepto de *tecné* abarcaba igualmente lo que en la actualidad llamamos técnica y lo que entendemos como arte. La medicina, como *tecné*, era arte y técnica al unísono. La creación artística, a su vez, nos remite a un mundo en el que se ha querido expresar esta sombra o «doble» del cuerpo al que simbólicamente hemos llamado espíritu. Tanto el artista como el médico viajan al interior de la existencia para «hacer hablar al cuerpo».

Algunas épocas han sido propicias para comprender la simbiosis entre las experiencias médicas y artísticas. Mirando atrás, desde la Grecia clásica, o en otras tradiciones de civilización, hallamos el apoyo mutuo de aquellas experiencias en las sociedades «primitivas» en las que rito, terapia y lo que ahora consideraríamos creación artística se confunden totalmente. Pero si nos instalamos en épocas más modernas el horizonte es igualmente clarificador. El Renacimiento, en especial, amparó la estrecha manifestación de las prácticas médica y artística. Si contemplamos la obra de Leonardo da Vinci es difícil decir dónde acaba el perfil del artista y dónde comienza la apasionada sed de conocimiento del estudioso de la anatomía y la fisiología. Desde el otro ángulo se hace difícil asimismo distinguir en un Andrea Vesalio la voluntad artística de la médica.

La Modernidad, singularmente en el gran impulso de la Ilustración y el Romanticismo, también ha albergado el gran diálogo dibujando las regiones de convergencia y las donaciones mutuas. En ese legado se enraíza la mejor tradición humanística de la medicina. Es verdad, sin embargo, que sobre todo en la segunda mitad del siglo XX el rumbo de los acontecimientos ha variado, debilitándose la conversación entre arte y medicina y truncándose el caudal humanístico de ésta. Si la especialización exige un profundo conocimiento de una región del cuerpo, el peligro es que la medicina pierda la visión de conjunto del ser humano.

Con la exigida modestia, a esa visión de conjunto se dirige el presente número de *HUMANITAS Humanidades Médicas*. De ahí que también hayamos incluido en sus contenidos ámbitos intermedios, como la enfermedad, el equilibrio, la armonía o la salud, que ayudan a entender la vinculación de medicina y arte. En todos los casos aparece como determinante la centralidad del cuerpo, si bien los itinerarios artísticos y simbólicos pueden ser muy distintos. Es comprensible, por tanto, que en la confección de la publicación hayan intervenido profesionales de muy diferentes procedencias -profesores, médicos, escritores, artistas- y con enfoques muy alejados entre sí. Creemos, no obstante, que destaca una unidad de fondo que da coherencia a la disparidad de análisis y concesiones. También, en la medida de lo posible, se ha ordenado todo el material en orden cronológico, respetando por supuesto las panorámicas temporales de los autores.

Estela Ocampo, en *Enfermedad, religión y arte primitivo*, hace un recorrido teórico por el llamado «arte primitivo» estableciendo las conexiones internas entre las prácticas terapéutica y estética, así como entre el rito y la religión, siempre en un horizonte de civilización escasamente comprendido, muchas veces, desde nuestras propias tradiciones. Cristóbal Pera, en *El cuerpo bajo la mirada médica*, traza la genealogía del cuerpo desde la perspectiva de la cirugía y la medicina como actividades que marchan paralelas a la creatividad artística. Visto de este modo el cuerpo humano deja de ser un receptáculo individual para convertirse en espejo histórico de la comunidad. Desde la gran tradición oriental Oscar Pujol, en *Cuerpo, calor y dolor en el pensamiento antiguo de la India*, conecta la ritualidad india con formulaciones terapéuticas y metafísicas

mostrando la intimidad entre religión y arte, entre estética y catarsis. Isabel Soler, en *La permeabilidad del saber en el siglo XVI*, nos introduce a los grandes cambios acaecidos durante la revolución renacentista partiendo de la hipótesis de un viaje doble: el de los descubrimientos cósmicos y terrestres al lado de la penetración científica de la anatomía humana. El Renacimiento unifica la teoría y la práctica médicas y las pone en relación con los procesos artísticos de la época. Un caso singularmente atractivo de ese nexo es el que analiza Rafael Argullol en *Cuerpo y creación en Miguel Ángel*. El más impactante de los artistas renacentistas es considerado desde la óptica de lo corpóreo, piedra angular de su evolución artística, de sus creencias teóricas y del dramatismo religioso de su etapa final. Precisamente a los, como Miguel Ángel, nacidos «bajo el signo de Saturno» dedica Ramón Andrés su ensayo, *De la melancolía y la mors voluntaria*, un riguroso repaso a dos temas, el del suicidio y el de la melancolía, que guardan estrecha relación tanto en la esfera de la medicina como en la del arte. En su artículo *De la materialización del yo a la materialización del ideal humano: la fisiognómica, la frenología y el arte* Rosa Sala nos introduce en el

estudio moderno de la fisiognómica, una antigua pasión de los artistas a la que no son ajenos los médicos. En su desarrollo moderno, se contemplan los fundamentos fisiognómicos de ideologías que han resultado decisivas en el transcurso del mundo contemporáneo. También desde la más estricta contemporaneidad Nolasca Acarín expresa, en *Cerebro y creación científica*, una de las visiones más revolucionarias de nuestros días: la nueva visión del cerebro humano. En el artículo se repasan, asimismo, los fascinantes hallazgos en torno a las bases cerebrales de la creación humana. Por su lado, Chantal Maillard, en *Sobre el dolor*, se dirige hacia la geografía del cuerpo, pero desde el ángulo de uno de sus grandes lenguajes, el dolor, manifestación no sólo física sino también simbólica de la experiencia humana. La dualidad entre caos y cosmos tiene acogida en el idioma más tenso de la carne y del espíritu. Por último, Frederic Amat relata en *La mano desnuda* una apasionante experiencia artística en la que la vida y la muerte se cruzan en el espacio fronterizo del cuerpo, con sus manifestaciones de sensualidad y agonía.

Rafael Argullol
Director Invitado

Atriscal

Dexibuprofeno

400



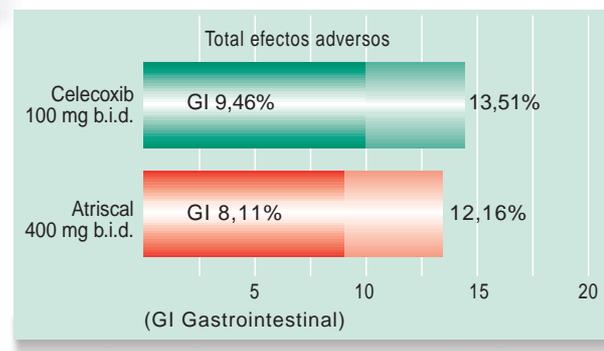
Para que la vida continúe
con toda normalidad...
lo antes posible



Eficacia: Atriscal 400 mg t.i.d.
eficacia equivalente a Ibuprofeno 800 mg t.i.d.⁽¹⁾
y a Diclofenaco 50 mg t.i.d.⁽²⁾

Rapidez: Atriscal 400 mg
inicia su acción analgésica a los 15 minutos.⁽³⁾

Tolerabilidad: Atriscal 400 mg b.i.d.
perfil de tolerabilidad equivalente a
Celecoxib 100 mg b.i.d.⁽⁴⁾



Lácer, S.A.
Sardenya, 350
08025 Barcelona - España
<http://www.lacer.es>

Atriscal

Dexibuprofeno

400

Analgésico antiinflamatorio rápido, potente y bien tolerado



NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ATRISCAL 300 mg comprimidos recubiertos. ATRISCAL 400 mg comprimidos recubiertos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido recubierto contiene 300 ó 400 mg de dexibuprofeno. **FORMA FARMACÉUTICA:** ATRISCAL 300 mg: Comprimidos recubiertos, redondos, color blanco y no ranurados. ATRISCAL 400 mg: Comprimidos recubiertos, oblongos, color blanco y ranurados por ambas caras.

DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas: Tratamiento sintomático del dolor y la inflamación asociados a la artrosis. Tratamiento sintomático del dolor agudo producido durante la menstruación (dismenorrea primaria). Tratamiento sintomático de otras formas de dolor leve a moderado, como el dolor músculo-esquelético o el dolor dental. **Posología y forma de administración:** La posología deberá ajustarse en función de la gravedad del trastorno y de las molestias del paciente. En caso de administración crónica, la dosificación deberá ajustarse a la dosis mínima de mantenimiento que proporcione el control adecuado de los síntomas. Durante el tratamiento inicial, se recomienda administrar dexibuprofeno a la mitad de la dosis recomendada para el ibuprofeno racémico. Para individualizar la dosis existen comprimidos recubiertos de 300 y 400 mg de dexibuprofeno. La dosis diaria recomendada es de 600 a 900 mg de dexibuprofeno, repartida hasta en tres tomas. Para el tratamiento del dolor de leve a moderado se recomiendan dosis iniciales de 200 mg de dexibuprofeno por toma y dosis máximas diarias de 600 mg de este fármaco. La dosis máxima por toma es de 400 mg de dexibuprofeno. En pacientes con procesos agudos o exacerbaciones, puede aumentarse la dosis temporalmente hasta 1.200 mg de dexibuprofeno al día. La dosis máxima diaria es de 1.200 mg. En caso de dismenorrea se recomienda una dosis diaria de 600 a 900 mg de dexibuprofeno, repartida hasta en tres tomas, siendo la dosis máxima por toma de 300 mg y la dosis máxima diaria de 900 mg. **Niños:** No existen estudios en niños y adolescentes (menores de 18 años). Dado que no se ha establecido su seguridad y eficacia en este grupo de edad, no se recomienda su uso. **Ancianos:** En los pacientes ancianos se recomienda iniciar el tratamiento con la dosis terapéutica más baja. Sólo tras comprobar que existe una buena tolerancia, podrá aumentarse la dosis hasta alcanzar la establecida para la población general. **Disturbio hepático:** Los pacientes con distorsión hepática leve o moderada deberán iniciar el tratamiento con dosis reducidas y ser cuidadosamente vigilados. No se deberá utilizar dexibuprofeno en pacientes con distorsión hepática grave (ver **Contraindicaciones**). **Disturbio renal:** En pacientes con distorsión renal leve o moderada deberá reducirse la dosis inicial. No se deberá utilizar dexibuprofeno en pacientes con distorsión renal grave (ver **Contraindicaciones**). **Alimentos:** Los comprimidos recubiertos pueden tomarse solos o con alimentos. En general, es preferible tomar los AINEs durante las comidas para reducir la irritación gastrointestinal, especialmente durante su uso crónico. No obstante, cabe esperar un ligero retraso en el inicio de la acción terapéutica cuando se administra este medicamento durante o inmediatamente después de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad conocida al dexibuprofeno, a otros AINEs o a alguno de los excipientes del producto. Pacientes en los que sustancias de acción similar (p.ej., ácido acetilsalicílico u otros AINEs) desencadenen crisis de asma, broncoespasmo, rinitis aguda, o bien sean causa de pólipos nasales, urticaria o edema angioneurótico. Úlcera gastrointestinal activa, sospecha de la misma o antecedentes de úlcera gastrointestinal. Hemorragia digestiva, otro tipo de hemorragia activa, o trastornos hemorrágicos. Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. Insuficiencia cardíaca grave. Distorsión renal grave (tasa de filtración glomerular < 30 ml/min). Deterioro importante de la función hepática. Diátesis hemorrágica u otros trastornos de la coagulación, o pacientes que reciban tratamiento anticoagulante. Embarazo y lactancia (ver Embarazo y lactancia). **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Se recomienda precaución en las enfermedades o condiciones que predispongan a los pacientes a presentar los efectos adversos gastrointestinales de los AINEs, como el dexibuprofeno, p.ej., los trastornos gastrointestinales preexistentes, úlcera gástrica o duodenal previa, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn y alcoholismo. Estos pacientes deberán ser cuidadosamente vigilados con respecto a los trastornos digestivos, especialmente el sangrado gastrointestinal, si se administra dexibuprofeno u otros AINEs. En general, las consecuencias de las hemorragias o úlceras/perforaciones gastrointestinales son más serias en los pacientes ancianos y pueden producirse en cualquier momento del tratamiento con o sin síntomas de aviso o antecedentes de episodios gastrointestinales graves. En el caso excepcional de que en pacientes tratados con dexibuprofeno se produzca hemorragia o úlcera gastrointestinal, deberá suspenderse el tratamiento de inmediato (ver **Contraindicaciones**). Como ocurre con otros AINEs, también pueden producirse reacciones alérgicas, incluso reacciones anafilácticas/anafilatoídes, sin exposición previa al fármaco. En el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca, hipertensión, enfermedad hepática o renal, y especialmente durante el tratamiento simultáneo con diuréticos, debe tenerse en cuenta el riesgo de retención de líquidos y de deterioro de la función renal. En caso de ser administrado en estos pacientes, la dosis de dexibuprofeno debe mantenerse lo más baja posible, y vigilar regularmente la función renal. En pacientes ancianos debe administrarse dexibuprofeno con precaución, debido a que generalmente tienen una gran tendencia a experimentar los efectos adversos de los AINEs. El dexibuprofeno debe administrarse asimismo con cautela a pacientes con lupus eritematoso sistémico y enfermedad mixta del tejido conectivo, por su mayor predisposición a sufrir los efectos adversos de los AINEs en el SNC y a nivel renal. Debe emplearse también con precaución en pacientes que sufren o han sufrido asma bronquial, ya que los AINEs pueden inducir broncoespasmo en este tipo de pacientes (ver **Contraindicaciones**). Los AINEs pueden enmascarar los síntomas de las infecciones. Como con todos los AINEs, el dexibuprofeno puede aumentar los niveles plasmáticos de nitrógeno uréico y creatinina. Como con otros inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, el dexibuprofeno puede estar asociado a efectos adversos renales, que pueden dar lugar a nefritis glomerular, nefritis intersticial, necrosis papilar renal, síndrome nefrótico e insuficiencia renal aguda (ver **Posología y Contraindicaciones**). Como con otros AINEs, el dexibuprofeno puede producir aumentos transitorios de algunos parámetros hepáticos, y también aumentos significativos de la SGOT y SGPT. En caso de producirse un aumento importante de estos parámetros, deberá suspenderse el tratamiento (ver **Posología y Contraindicaciones**). Al igual que sucede con otros AINEs, el dexibuprofeno puede inhibir de forma reversible la agregación y la función plaquetarias, y prolongar el tiempo de hemorragia. Se recomienda precaución cuando se administre dexibuprofeno concomitantemente con anticoagulantes orales. Los pacientes sometidos a tratamiento de larga duración con dexibuprofeno deberán ser vigilados como medida de precaución (función renal y hepática, función hematológica/recuentos hemáticos). Durante el tratamiento prolongado con dosis elevadas, la toma no prescrita de analgésicos sin seguir las indicaciones recomendadas, puede producir cefaleas que no deben tratarse en ningún caso aumentando la dosis de dexibuprofeno. En general, el uso habitual de analgésicos, especialmente la combinación de varios de ellos, puede dar lugar a lesiones renales persistentes, con riesgo de insuficiencia renal (nefropatía por analgésicos). **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La información descrita a continuación se basa en la experiencia previa con ibuprofeno racémico y otros AINEs. En general, los AINEs deben emplearse con precaución cuando se utilizan con otros fármacos que pueden aumentar el riesgo de ulceración gastrointestinal, hemorragia gastrointestinal o distorsión renal. No se recomienda su uso concomitante con: **Anticoagulantes:** Los AINEs pueden potenciar los efectos de los anticoagulantes sobre el tiempo de sangrado. Por consiguiente, deberá evitarse su uso simultáneo con estos fármacos. Si se requiriera, deberían realizarse tests de coagulación al inicio del tratamiento con dexibuprofeno, y, si es necesario, ajustar la dosis del anticoagulante. **Metotrexato administrado a dosis de 15 mg/semana o superiores:** Si se administran AINEs y metotrexato dentro de un intervalo de 24 horas, puede producirse un aumento del nivel plasmático de metotrexato (al parecer, su aclaramiento renal puede verse reducido por el efecto de los AINEs), con el consiguiente aumento del riesgo de toxicidad por metotrexato. Por ello, deberá evitarse el empleo de dexibuprofeno en pacientes que reciban tratamiento con metotrexato a dosis elevadas. **Hidantoinas y sulfamidas:** Los efectos tóxicos de estas sustancias podrían verse aumentados. **Ticlopidina:** Los AINEs no deben combinarse con ticlopidina debido al riesgo de un efecto aditivo en la inhibición de la función plaquetaria. **Litio:** Los AINEs pueden incrementar los niveles plasmáticos de litio, posiblemente por reducción de su aclaramiento renal. Deberá evitarse su administración conjunta, a menos que se realicen frecuentes controles de litio. Debe considerarse la posibilidad de reducir la dosis de litio. **Otros AINEs:** Debe evitarse el uso simultáneo con otros AINEs, pues la administración de diferentes AINEs puede aumentar el riesgo de úlcera gastrointestinal y hemorragias. **Precauciones Antihipertensivos (incluidos los inhibidores de la ECA o los betabloqueantes):** Los fármacos antiinflamatorios del tipo AINE pueden reducir la eficacia de los antihipertensivos. El tratamiento simultáneo con AINEs e inhibidores de la ECA puede asociarse a riesgo de insuficiencia renal aguda. **Ciclosporina, tacrolimus:** Su administración simultánea con AINEs puede aumentar el riesgo de nefrotoxicidad debido a la reducción de la síntesis renal de prostaglandinas. En caso de administrarse concomitantemente, deberá vigilarse estrechamente la función renal. **Corticosteroides:** La administración simultánea de AINEs y corticosteroides puede aumentar el riesgo de úlcera gastroduodenal. **Digoxina:** Los AINEs pueden elevar los niveles plasmáticos de digoxina, aumentando así el riesgo de toxicidad por digoxina. **Metotrexato administrado a dosis bajas, inferiores a 15 mg/semana:** El dexibuprofeno aumenta los niveles de metotrexato. Cuando se emplee en combinación con metotrexato a dosis bajas, se vigilarán estrechamente los valores hemáticos del paciente, sobre todo durante las primeras semanas de administración simultánea. Será asimismo necesario aumentar la vigilancia en caso de deterioro de la función renal, por mínimo que sea, y en pacientes ancianos, así como vigilar la función renal para prevenir una posible disminución del aclaramiento de metotrexato. **Pentoxifilina:** En pacientes que reciben tratamiento con dexibuprofeno en combinación con pentoxifilina puede aumentar el riesgo de hemorragia, por lo que se recomienda vigilar el tiempo de sangrado. **Fentoina:** Durante el tratamiento simultáneo con dexibuprofeno o con ibuprofeno racémico pueden aumentar los niveles plasmáticos de fentoina. **Probenecid/sulfonilazona:** Podrían provocar un aumento de las concentraciones plasmáticas de dexibuprofeno; esta interacción puede deberse a un mecanismo inhibitorio en el lugar donde se produce la secreción tubular renal y la glucurono-conjugación, y exige ajustarse la dosis de dexibuprofeno. **Quinolonas:** Se han notificado casos aislados de convulsiones que podrían haber sido causadas por el uso simultáneo de quinolonas y ciertos AINEs. **Sulfonilureas:** Los AINEs podrían potenciar el efecto hipoglucémico de las sulfonilureas, desplazándolas de su unión a las proteínas plasmáticas. **Tiazidas, sustancias relacionadas con las tiazidas, diuréticos del asa y diuréticos ahorradores de potasio:** Los AINEs pueden contrarrestar el efecto diurético de estos fármacos, y el empleo simultáneo de un AINE y un diurético puede aumentar el riesgo de insuficiencia renal como consecuencia de una reducción del flujo sanguíneo renal. Como con otros AINEs, el tratamiento concomitante con diuréticos ahorradores de potasio podría ir asociado a un aumento de los niveles séricos de potasio, por lo que es necesario vigilar los niveles plasmáticos de potasio. **Trombolíticos:** Podrían aumentar el riesgo de hemorragia. **Zidovudina:** Podría aumentar el riesgo de toxicidad sobre los hematíes a través de los efectos sobre los reticulocitos, apareciendo anemia grave una semana después del inicio de la administración del AINE. Durante el tratamiento simultáneo con AINEs deberían vigilarse los valores hemáticos, sobre todo al inicio del tratamiento. **Alimentos:** La administración de dexibuprofeno junto con alimentos retrasa la velocidad de absorción (aumento del tmax de 2,1 a 2,8 horas). **Embarazo y lactancia:** A pesar de que no se han detectado efectos teratogénicos en los estudios de toxicología realizados en animales tras la administración de dexibuprofeno, debe evitarse su uso durante el embarazo. Los AINEs están contraindicados especialmente durante el tercer trimestre del embarazo. Pueden inhibir el trabajo del parto y retrasar el parto. Pueden producir el cierre prematuro del ductus arterioso, causando hipertensión pulmonar e insuficiencia respiratoria en el neonato. Pueden alterar la función plaquetaria fetal y también la función renal del feto, originando una deficiencia de líquido amniótico y anuria neonatal. En los estudios realizados en humanos se ha demostrado que el paso del ibuprofeno racémico a la leche materna es prácticamente nulo o muy bajo. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria:** Durante el tratamiento con dexibuprofeno podrían aparecer mareos o fatiga como efectos adversos provocando una disminución de la capacidad de reacción del paciente. Este hecho deberá tenerse en cuenta en condiciones en las que se requiera un estado de alerta, como ocurre al conducir o utilizar maquinaria. Si se administra una sola dosis de dexibuprofeno o durante un periodo corto, no es necesario adoptar precauciones especiales. **Reacciones adversas:** La experiencia clínica ha demostrado que el riesgo de efectos secundarios inducidos por dexibuprofeno es comparable al del ibuprofeno racémico, siendo los efectos adversos más frecuentes los de naturaleza gastrointestinal. Debe subrayarse que las reacciones adversas citadas a continuación son las comunicadas principalmente para el ibuprofeno racémico, si bien las señaladas como menos frecuentes no se han observado todavía con dexibuprofeno o no se han evidenciado con la frecuencia mencionada. **Gastrointestinales:** Muy habituales (>1/10): dispepsia, diarrea. Habituales (>1/10, <1/10): náuseas, vómitos, dolor abdominal. No habituales (>1/1.000, <1/100): hemorragia y úlceras gastrointestinales, estomatitis ulcerosa. Raras (>1/10.000, <1/1.000): perforación gastrointestinal, flatulencia, estreñimiento, esofagitis, estenosis esofágica. Exacerbación de enfermedad diverticular, colitis hemorrágica inespecífica, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn. Si se produjera hemorragia gastrointestinal, podría ser causa de anemia y de hematemesis. **Piel y reacciones de hipersensibilidad:** Habituales: erupción cutánea. No habituales: urticaria, prurito, púrpura (incluida la púrpura alérgica), angioedema, rinitis, broncoespasmo. Raras: Reacción anafiláctica. Muy raras (<1/10.000): eritema multiforme, necrólisis epidérmica, lupus eritematoso sistémico, alopecia, reacciones de fotosensibilidad, reacciones cutáneas graves como el síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica aguda (síndrome de Lyell) y vasculitis alérgica. Hasta la fecha no se han comunicado reacciones de hipersensibilidad generalizada con dexibuprofeno, pero no pueden ser descartadas a la vista de la experiencia clínica con ibuprofeno racémico. Los síntomas pueden incluir fiebre con erupción cutánea, dolor abdominal, cefalea, náuseas y vómitos, signos de alteración hepática e incluso meningitis séptica. En la mayor parte de los casos en los que se ha comunicado meningitis séptica con ibuprofeno, el paciente sufría alguna forma de enfermedad autoinmunitaria (como lupus eritematoso sistémico u otras enfermedades del colágeno) lo que suponía un factor de riesgo. En caso de reacción de hipersensibilidad generalizada grave puede aparecer hinchazón de cara, lengua y laringe, broncoespasmo, asma, taquicardia, hipotensión y shock. **Sistema nervioso central:** Habituales: fatiga o somnolencia, cefalea, mareo, vértigo. No habituales: insomnio, ansiedad, intranquilidad, alteraciones visuales, tinnitus. Raras: reacción psicótica, agitación, irritabilidad, depresión, confusión o desorientación, amplitud de acción reversible, trastornos auditivos. Muy raras: meningitis séptica (véase reacciones de hipersensibilidad). **Hematológicas:** Puede prolongarse el tiempo de sangrado. Los raros casos observados de trastornos hematológicos corresponden a trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia, pancitopenia, agranulocitosis, anemia aplásica o anemia hemolítica. **Cardiovasculares:** Se ha comunicado edema periférico asociado al tratamiento con dexibuprofeno. Parece existir una mayor predisposición en los pacientes con hipertensión o trastornos renales a sufrir retención hídrica. Podría aparecer hipertensión o insuficiencia cardíaca (especialmente en pacientes ancianos). **Renales:** En base a la experiencia con los AINEs en general, no pueden excluirse casos de nefritis intersticial, síndrome nefrótico e insuficiencia renal. **Hepáticas:** En raros casos se han observado anomalías de la función hepática, hepatitis e ictericia con ibuprofeno racémico. Otras: En muy raros casos podrían verse agravadas las inflamaciones asociadas a infecciones. **Sobredosis:** El dexibuprofeno tiene una toxicidad aguda escasa y los pacientes no han sufrido consecuencias fatales incluso tras la administración de dosis únicas elevadas de hasta 54 g de ibuprofeno racémico. La mayoría de casos de sobredosis han sido asintomáticos. Existe un riesgo de sintomatología con dosis >80-100 mg/kg de ibuprofeno racémico. La aparición de los síntomas por sobredosis se produce habitualmente en un plazo de 4 horas. Los síntomas leves son los más comunes, e incluyen dolor abdominal, náuseas, vómitos, letargia, somnolencia, cefalea, nistagmus, tinnitus y ataxia. Raramente han aparecido síntomas moderados o intensos, como hemorragia gastrointestinal, hipotensión, hipotermia, acidosis metabólica, convulsiones, alteración de la función renal, coma, distress respiratorio del adulto y episodios transitorios de apnea (en los niños muy pequeños después de ingerir grandes cantidades). El tratamiento es sintomático y no se dispone de antídoto específico. Para cantidades que no es probable que produzcan síntomas (menos de 50 mg/kg de dexibuprofeno) se puede administrar agua para reducir al máximo las molestias gastrointestinales. En caso de ingestión de cantidades importantes, deberá administrarse carbón activado. El vaciado de estómago mediante emesis sólo deberá plantearse durante los 60 minutos siguientes a la ingestión. Así, no debe plantearse el lavado gástrico, salvo que el paciente haya ingerido una cantidad de fármaco que pueda poner en compromiso su vida y que no hayan transcurrido más de 60 minutos tras la ingestión del medicamento. El beneficio de medidas como la diuresis forzada, la hemodiálisis o la hemoperfusión resulta dudoso, ya que el dexibuprofeno se une intensamente a las proteínas plasmáticas. **DATOS FARMACOCÍNICOS: Relación de excipientes:** Núcleo: Hipromelosa, celulosa microcristalina, carboximetilcelulosa de calcio, sílice coloidal anhidra, talco. Recubrimiento: Hipromelosa, dióxido de titanio (E171), triacetato de glicerol, talco, macrogol 6000. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 25°C. **Naturaleza, contenido del envase y PVP iva:** ATRISCAL 300 mg comprimidos recubiertos: Blisters de PVC/PVDC/aluminio conteniendo 30 comprimidos, PVP iva 7,52 €. ATRISCAL 400 mg comprimidos recubiertos: Blisters de PVC/PVDC/aluminio conteniendo 30 comprimidos, PVP iva 9,48 €. Con receta médica. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** LÁCER, S.A.; C/. Sardenya, 350; 08025 Barcelona (España). **LOS MEDICAMENTOS DEBEN MANTENERSE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS. CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA ANTES DE PRESCRIBIR.**



Lácer, S.A.
Sardenya, 350
08025 Barcelona - España
<http://www.lacer.es>

ENFERMEDAD, RELIGIÓN Y ARTE PRIMITIVO

ESTELA OCAMPO

Profesora titular de Teoría e Historia del Arte.
Universidad Pompeu Fabra. Barcelona (España)



Actualmente se dedica a la teoría del arte especialmente en el campo de las culturas no occidentales. Ha escrito numerosos artículos en prensa y revistas especializadas y entre sus libros más importantes se cuentan: *El Impresionismo* (1981), *Apolo y la Máscara* (1985), *El Infinito en una hoja de papel* (1989), *Teorías del Arte* (1991), *Cinco lecciones de amor proustiano* (1995), *El arte precolombino de América del Sur (I)* (1999), *El arte precolombino de México (II)* (2000), *La cerámica precolombina* (2003).

Resumen

*Entre los pueblos primitivos la enfermedad no es nunca «natural», sino que su origen pertenece a un orden sobrenatural. Es por ello que el individuo encargado de restablecer el equilibrio perdido con la aparición de la enfermedad, que afecta tanto al cuerpo como al espíritu, es el chamán, quien es capaz de controlar las fuerzas benéficas y maléficas. Es decir que, para la mentalidad primitiva, la enfermedad se encuentra en el centro mismo de las creencias religiosas y de la cosmología. A la relación enfermedad-religión se suma el arte, concebido no como un objeto de contemplación estética, sino en vinculación con la religión, los mitos, ritos y sistemas de creencias. Expresión de esta concepción son algunos tipos de objetos, como los nkisi congoleños, generalmente esculturas antropomorfas mediante las cuales el chamán lleva a cabo sus rituales. También lo son las esculturas femeninas, que tienen la función de coadyuvar en los rituales de fertilidad. Pero, además de los casos en que los objetos artísticos participan en procesos de curación individualizados, existe también una dramatización de la enfermedad en sentido abstracto. Las «máscaras de enfermedad» participan de los rituales en los que la enfermedad se presenta y se conjura a la vez. En el seno del arte occidental, una obra como *Les demoiselles d'Avignon* de Picasso tiende lazos hacia el arte primitivo y, como las «máscaras de enfermedad», se convierte en un exorcismo contra la muerte.*

Palabras clave: Religión. Magia. Primitivismo. Ritual. Curación. Chamanismo.

Abstract

ILLNESS, RELIGION AND PRIMITIVE ART

*Among primitive populations, the illness never appears to be «natural», but its origin belongs to the supernatural. Therefore, the individual entrusted to reestablish the balance lost with the appearance of the illness, that affects both the body and the spirit, is the shaman, who is capable of controlling the benefic and malefic forces. That is to say, to the primitive mentality, the illness stays in the very middle of cosmology and religious beliefs. The art is added to the relation illness-religion, not conceived as an object of aesthetic contemplation but in relation to the religion, the myths, the rituals and the belief systems. Some kind of objects are expressions of this conception, like the Congolese nkisis; they are generally antropomorphic sculptures that the shaman uses to perform his rituals. The feminine sculptures are also objects used to be of help during the fertility rituals. Apart from taking part in individual healing processes, the artistic objects can be dramatizations of the illness in an abstract sense. The «masks of illness» take part in the rituals in which the illness appears and pledges itself. In the bosom of the western art, a work like *Les demoiselles d' Avignon* of Picasso is somehow linked to the primitive art and, like the «masks of illness», becomes an exorcism against death.*

Key words: Religion. Magic. Primitivism. Ritual. Healing. Shamanism.

Introducción

La concepción de la enfermedad que tiene la cultura occidental, como tantas otras ideas fundamentales, tiene su origen en los griegos. Fueron los filósofos presocráticos quienes por primera vez despojaron a la enfermedad de sus connotaciones sobrenaturales y la explicaron por causas naturales que variaban según fueran las premisas de sus sistemas. El giro, radical, suponía que la enfermedad era un proceso natural, que sólo podía entenderse en el seno del discurrir de la vida normal de los individuos. La salud era un equilibrio perfecto de mente y cuerpo con la naturaleza; la enfermedad un desequilibrio que debía ser corregido teniendo en cuenta las causas que lo provocaban. Desde el siglo VII a.C., los griegos se esforzaron en establecer un pensamiento racional acerca de la enfermedad, alejado de las visiones mágicas y religiosas de las civilizaciones que les precedieron o que les eran contemporáneas. La búsqueda de un sistema objetivo y coherente de la naturaleza guiaba los pasos de Tales, Alcmeón, Empédocles y Demócrito. Hipócrates heredará la concepción pitagórica de la semejanza e intercambio entre los equilibrios del cuerpo humano y la armonía del universo; sobre la base de la teoría de Empédocles de los cuatro elementos constitutivos del mundo construirá su teoría de los cuatro humores y los cuatro temperamentos, y basándose en Heráclito concibe la idea de que la enfermedad sigue unos ritmos definidos y que por tanto es predecible¹. La catarsis platónica y aristotélica, un proceso de purificación, no se dirige a la enfermedad concebida como pecado, a la manera de muchas civilizaciones preclásicas, sino a corregir una desviación del orden natural.

Entre los pueblos primitivos la enfermedad no es nunca «natural», si por ello entendemos que se produce por alguna causa de orden biológico -un desequilibrio fisiológico producido por un mal funcionamiento del organismo, el ataque exitoso de algún microorganismo- como estamos acostumbrados a concebir la enfermedad en la cultura occidental moderna. Para los pueblos primitivos, de manera marcadamente diferente, la enfermedad siempre tiene una causa fuera de lo natural -naturaleza, que, por otra parte, no puede concebirse separadamente de lo sobrenatural o lo mítico-; siempre está causada por un ser, evidentemente maligno, cuya acción se manifiesta con ese desequilibrio que es la enfermedad. Hay un orden que excede lo propiamente humano que entra en juego cuando se produce la enfermedad y que por ello reclama la presencia de un individuo capaz de mediar con las fuerzas sobrenaturales, el chamán. En este sentido, no tiene nada de sorprendente que en todos los pueblos primitivos el «médico», el individuo encargado de llevar a cabo una curación entendida como proceso que restablecerá el equilibrio perdido, que tanto afecta al espíritu como al cuerpo, sea también el chamán. Él posee el conocimiento de las hierbas, sustancias y procedimientos sanadores, pero -mucho más importante que esto- tiene la posibilidad de manejar las fuerzas, benéficas y malélicas, puestas en juego en el proceso de la enfermedad. Podrá neutralizar los efectos malignos producidos por alguna fuerza espiritual negativa mediante los rituales necesarios, y a la vez podrá

Entre los pueblos primitivos la enfermedad no es nunca «natural», como estamos acostumbrados a concebirla en la cultura occidental moderna.

canalizar adecuadamente las fuerzas positivas para poder anular los efectos malélicos. Esto supone decir que para la mentalidad primitiva la enfermedad se encuentra en el centro mismo de las creencias religiosas, y la religión y la cosmología son el ámbito en el cual el dúo salud-enfermedad encuentran su desarrollo y su explicación.

Enfermedad y religión

A esta primera relación entre enfermedad y religión debemos sumar otra sumamente importante: la del arte. Este ámbito de producción de objetos rituales, que nosotros, los occidentales, llamamos arte por extensión de nuestra propia manera de organizar la actividad estética, está en directa interrelación con la cosmovisión. En el arte primitivo tradicional, es decir, aquel que ha sido concebido para cumplir funciones dentro de la sociedad tribal y no como objeto de contemplación estética, la vinculación con la religión, con mitos, ritos y sistemas de creencias, es su elemento definitorio. La religión y la cosmología proporcionan las formas, los significados y las pautas a las que deben responder los objetos, totalmente imbuidos de una concepción tradicional ancestralmente arraigada. En este sentido, el arte depende del ámbito religioso. Pero, recíprocamente, la religión, fundamentalmente para el ritual pero no solamente para ello, necesita del arte. Lo necesita como mediador entre las fuerzas sobrenaturales y los seres humanos, y también lo necesita para expresar, para hacer visibles y comprensibles los preceptos religiosos, los mitos fundamentales de la cultura, las reglas que hacen a la comunión del grupo.

Así, nos encontramos con una tríada fundamental enfermedad-religión-arte tan inextricablemente unida que es imposible de separar sin traicionar profundamente la manera de pensar de los pueblos primitivos.

Una serie de objetos de arte primitivo, perturbadores para la mirada occidental desde el

Para la mentalidad primitiva la religión y la cosmología son el ámbito en el cual el dúo salud-enfermedad encuentran su desarrollo y su explicación.

momento en el que fueron conocidos, los «fetiches» -llamados *nkisi* entre muchos de los pueblos congoleños que los producen- sintetizan particularmente bien estas relaciones que antes enunciábamos. Y probablemente por esta concentración de significados que tocan tan de lleno al espíritu humano -la enfermedad con su carga de dolor y sufrimiento, y su temido desenlace, la muerte, pero también la conciencia de la existencia del mal- han ejercido siempre sobre los europeos una particular atracción, mezcla de fascinación y repulsión. Recordemos tan sólo la fotografía de la biblioteca de Guillaume Apollinaire² con su escultura de fetiche en primer plano o la obra de Bruce Conner *Cross* (1961) que reelabora las características formales ¿y significativas? de este tipo de objeto.

Los *minkisi*, plural de *nkisi* en lengua kongo, cultura a la que pertenecen la mayoría de este tipo de objetos que se encuentran en los museos, son esculturas antropomorfas, a veces de considerable tamaño -más de un metro de altura- recubiertas de múltiples materias (clavos, cuerdas, espejuelos, cuernos, el tipo de concha llamado caurí, barro), que poseen un hueco central, a manera de ombligo, en el que suelen encontrarse sustancias u objetos sanadores -«medicinas»- mediante las cuales el chamán llevará a cabo sus rituales (fig. 1). Estos rituales pueden llevar desde pocos minutos hasta varios años, se realizan en espacios especiales y suponen un complicado conjunto de canciones, danzas, prescripciones de conducta, que necesitan, además del *nkisi* que es el objeto central, de instrumentos musicales, danzantes y participantes del ritual, vestidos, pinturas corporales. Los *minkisi* que encontramos en los museos occidentales fueron coleccionados en su mayoría entre 1885 y 1920 y, como llamaban más la atención las esculturas que eran marcadamente antropomórficas, éstas predominan sobre las de un carácter más abstracto. Durante el período colonial, la fuerza de la iglesia y de la administración combatió este tipo de objetos, lo cual ha traído como consecuencia que sigan usándose pero sin los rituales espectaculares y el arte dramático que los acompañaba en el pasado.



Figura 1.

Arte y ritualidad

El poder del *nkisi* conjura un amplio espectro de desgracias, todas unidas por el hilo conductor de las fuerzas maléficas en acción: una enfermedad, un robo, un crimen sin resolver o una muerte atribuida a un maleficio. El *nkisi* posee poderosas «medicinas» que son de orden diferente según el dominio en el que tiene poderes e incluyen arcillas y otras tierras asociadas con los muertos, objetos que se refieren metafóricamente a la clase de poderes que se invocarán y otros materiales que evocan los efectos que se desea que produzcan aquellos poderes³. Podríamos decir en términos muy generales que existen dos clases de *minkisi*: los que

realizan una actividad punitiva con aquellos que han llevado a cabo una mala acción o un maleficio y los que favorecen la prosperidad del grupo y la fertilidad de mujeres y cultivos. Es de destacar que el poder curativo del *nkisi* va asociado a su capacidad punitiva, es decir, a la idea de que si hay una enfermedad -un desequilibrio- ha de producirse un castigo para que el equilibrio sea restablecido. La extremadamente atractiva figura *nkisi* (fig. 2) tiene unos rasgos formales un tanto inusuales y de gran belleza: su postura, con la cabeza girada en vez de la acostumbrada frontalidad, sus grandes ojos abiertos y la pintura que lleva su cara, roja y negra a mitades. La lengua fuera probablemente aluda al hecho de lamer medicinas, que formaba parte del ritual. Sus costillas marcadas, un elemento representativo que no es frecuente en este tipo de figuras, podría aludir a la enfermedad llamada entre los kongos *lubanzi*, que engloba la neumonía y otros trastornos respiratorios. La alusión metafórica a la enfermedad está asociada formalmente con el carácter punitivo, dado que los colores rojo y negro con los que está pintada la cara son signos de amenaza.

El ámbito de la enfermedad con el cual está relacionado el *nkisi* es polivalente, porque tanto sirve para curarla como para producirla. Así, de la misma manera que podemos interpretar que el *nkisi* antes comentado servía para curar las enfermedades respiratorias, hay otros, como el llamado *Mungundu*,



Figura 2.

cuyo nombre deriva del de un pájaro cuyo grito parece un resoplido, que se utilizaba para causar al enemigo trastornos respiratorios⁴. Un caso similar es el de la figura *mbuunduka* (fig. 3)⁵, probablemente protector de la casa y de los campos de mandioca a juzgar por las pequeñas bolsas que lleva alrededor del cuello. Está realizado con la madera de *n-hala*, un arbusto de la sabana con legumbres tóxicas. La figura, con una barriga exageradamente prominente, lleva pequeñas flautas de madera colgadas del collar, cinco nudos de Möbius de fina fibra de liana, clavos de cobre en series de tres en la cabeza y un orificio en el cráneo donde seguramente había un arma ritual de defensa. Si a todo ello le sumamos la toxicidad de la madera con la que ha sido realizada comprendemos su carácter ritual ofensivo y defensivo a la vez. Es muy probable que se utilizara

La enfermedad, como podemos suponer por los procedimientos rituales que se ponen en práctica para su curación, no afecta solamente al cuerpo, sino fundamentalmente al espíritu.

como un poderoso protector contra los trastornos abdominales, pero que, a la vez, pudiera producir afecciones abdominales mortales, como sugiere su prominente barriga.

Pero la enfermedad, como podemos suponer por los procedimientos rituales que se ponen en práctica para su curación, no afecta solamente al cuerpo, sino fundamentalmente al espíritu. Los síntomas físicos son tan sólo la manifestación de lo que ha ocurrido con el alma del enfermo. Un texto Kongo contemporáneo⁶ narra que un adivino había revelado que el alma de una persona enferma había sido capturada por los muertos, que se la habían llevado al bosque donde residían. El chamán había sentado al enfermo en una estera, al lado de un hoyo lleno de agua, junto al cual había dejado su *nkisi* mientras él iba al bosque a buscar el alma. Una lámina reproducida en el libro de un viajero del siglo XIX, titulada «consulta de un enfermo», reproduce una escena similar, con la siguiente leyenda:

«L'homme de l'art, en arrivant près du malade, pose un fétiche devant celui-ci (généralement une sculpture en bois représentant un homme ou une femme). Quoique cette statue soit grossièrement exécutée, il n'y manque jamais les détails anatomiques intimes. Puis le médecin bariolé de blanc danse une sarabande désordonnée autour du malade, et se fait montrer le siège du mal. Après un court massage, le docteur ne manque jamais de retirer du membre malade une éclipse ou un fragment d'os qu'il avait eu soin de dissimuler dans une de ses mains. Le malade ne manifeste aucun étonnement de se voir retirer un corps étranger de sa jambe ou de son ventre, sans incision apparente, et – ce qu'il y a de bien curieux – neuf fois sur dix il se dit guéri!⁷»

Occidente y lo «primitivo»

La mirada de un europeo del siglo XIX evidencia los prejuicios con los que se enfrenta al hecho que describe: la escultura está «groseramente realizada»; le sorprende que la escultura, aun cuando sus rasgos sean esquemáticos, lleve la indicación sexual que él interpreta en sentido individual como «detalles anatómicos íntimos» cuando se trata en realidad de una determinación genérica de lo masculino o lo femenino, según sea el espíritu al que se invoque; la danza es «desordenada», cuando en realidad todos los elementos rituales presentes en el proceso están cuidadosamente reglados. Pero más allá de ello, la descripción del acto ritual demuestra la relación existente entre el ritual de curación realizado por el chamán, el medio que utiliza -la escultura- y la extracción de aquello que invadiendo

La enfermedad es un proceso complejo que atañe a todo el individuo, y en el proceso de curación entran en juego multitud de elementos rituales que tienen que ver con lo sobrenatural pero también con el arte.

el cuerpo del enfermo -la materialización del maleficio ejercido sobre él- permite la curación.

La enfermedad es un proceso complejo que atañe a todo el individuo, sustancia material y espiritual, y en el proceso de curación entran en juego multitud de elementos rituales que tienen que ver con lo sobrenatural pero también con el arte, pues los *nkisi* y las máscaras que los acompañan, así como los utensilios rituales que utiliza el chamán para la curación pertenecen al orden de la más cuidada y bella escultura. Cada uno de ellos responde a los estilemas de la cultura y son cuidadosamente tratados desde el punto de vista estético, tanto en lo técnico como en lo formal. Sin embargo, hemos de tener siempre presente que si bien los pueblos que producen los *nkisi* aprecian las figuras estéticamente bellas, su efectividad no depende de ello. Los elementos mágicos que esconde en su interior, que interactúan cuando el *nganga* (curandero mágico) los pone en acción según una fórmula ritual, son su principal valor. Además, la fuerza de acción del *nkisi*



Figura 3.



Figura 4.

depende de la reputación personal del *nganga*, junto con las fórmulas rituales que pondrá en juego. De tal manera que los Kongo consideran que el autor del *nkisi* no es el escultor sino el chamán que le otorga su poder. Sin embargo, sin la intermediación artística todo el proceso no podría llevarse a cabo, y por ello podemos considerar que el elemento estético no es, ni mucho menos, accesorio, sino que forma un conjunto inseparable del objeto. El escultor y el *nganga* son ambos responsables de que el *nkisi* tome vida como escultura y como fetiche operativo. El proceso se inicia cuando se encarga una escultura a la cual el escultor dará su forma. Ya en la formalización suele intervenir el elemento religioso, puesto que los espíritus pueden aparecerse a los escultores mediante el sueño o el trance para indicarles en qué formas quieren encarnarse. El escultor, entonces, debe traducirlas en la escultura para posibilitar que el espíritu se haga presente y activo. Las formas, el elemento estético, es el medio elegido para la comunicación entre las divinidades y los hombres⁸. Una vez realizada la escultura, ésta debe ser llevada al *nganga* que realizará la transmutación en *nkisi*,

adjuntándole las medicinas invisibles situadas en la cavidad realizada en el pecho, el ombligo o a veces en la cabeza, y elementos tales como clavos, espejuelos, cuerdas, barro, etc. El *nganga* completa el trabajo del escultor asignándole al fetiche, mediante la acumulación de materias y por el nombre que le dará en el momento de su consagración, una función propia. Su trabajo, de orden ritual, otorga una potencia de acción a la escultura, pero también la completa desde el punto de vista formal, porque solamente estará terminada cuando la materia adjuntada la cubra, a veces totalmente. Pero el proceso de completitud de la escultura está en gran parte prefijado por las formas que el escultor ha dado a su obra, de manera que escultura y poder ritual, cuerpo y alma, están íntimamente relacionados y se necesitan inextricablemente.



Figura 5.

Individuo, comunidad, tribu

Algunas enfermedades afectan de una manera particular al grupo puesto que exceden en su trascendencia el ámbito individual. Es el caso, por ejemplo, de las enfermedades que actúan sobre la fertilidad y la procreación, que son fundamentales para la supervivencia del grupo. Es por esto que existe una gran cantidad de esculturas de maternidad, cuyo aspecto -una madre con su hijo- (fig. 4) no debe llevarnos a engaño por comparación con las maternidades occidentales. No se trata de ninguna manera de una representación de la relación madre-hijo, en términos personales e incluso sentimentales, sino de figuras que tienen por objeto favorecer la fertilidad y, aún más, prevenir o combatir las enfermedades de la gestación y el parto. La figura femenina (fig. 5), que pertenece a un tipo muy representado entre los Luluwa de Zaire, por su peinado, su indumentaria, su tatuaje y su ornamentación puede deducirse que pertenecía a una clase elevada. Estas figuras no representan «mujeres», de la misma manera que no representan «maternidades», sino que iban asociadas a un culto a la fertilidad que se ha llevado a cabo hasta tiempos muy recientes. Cuando una mujer perdía sucesivos embarazos por abortos o muerte del bebé ya nacido, se suponía que estaba actuando algún maleficio y se pedía consejo al adivino. Éste en general recomendaba a la mujer que se iniciara en el culto *bwanga bwa cibola* que consistía en que a partir del octavo mes de embarazo la mujer debía seguir una serie de prescripciones y prohibiciones hasta después del parto: debía abstenerse de tener relaciones sexuales, comer solamente papillas de mandioca y beber agua estancada de una balsa o laguna. Temporalmente, además, debía vivir retirada en una casa en el límite del poblado. Después de este breve período de aislamiento era lavada ritualmente con agua de lluvia y recibía una o más esculturas. Se trataba de esculturas antropomorfas femeninas, a veces remarcando el embarazo y otras con un niño. El propósito de estas figuras, de verdadera belleza, era proteger la vida en gestación y asegurar que el recién nacido fuera la encarnación de un antepasado difunto. Se guardaban junto a la cama de la mujer, dentro de una cesta, y a veces la mujer llevaba sobre su cuerpo pequeñas estatuas de este tipo. Las figuras, de gran tamaño, se exhibían cada luna nueva para que las bañara su fértil luz, dado que es bastante universal la idea de que la luna tiene un poder sobre la gestación. Una característica que hace que estas esculturas sean particularmente hermosas es su pátina brillante, producto de que eran frotadas cada día con una mezcla de aceite, tierra roja y caolín. Una vez nacido el bebé, se le aplicará el mismo baño. El carácter intermediario de la escultura en el proceso es evidente, porque es un elemento imprescindible en estos cultos de invocación de la fertilidad, de prevención y de curación de la enfermedad. Una enfermedad que el grupo necesita conjurar eficazmente -por ello existe un ritual precisada su trascendencia para el futuro, tanto real en la sucesión de las generaciones, como en lo simbólico como encadenamiento de los antepasados con los vivos.

Además de la relación individual -incluso con repercusiones sociales, como es el caso de la infertilidad-

entre enfermedad y ritual existe una dramatización de la enfermedad en sentido abstracto llevada a cabo en determinados rituales y que se refiere al concepto, desarrollo y curación de la enfermedad. La máscara *Mbangu* de arte pende, de Zaire⁹ (fig. 6), una verdadera obra maestra del arte primitivo, representa al embrujado que baila al son de la canción «Miramos (incapaces de ayudar), los brujos le han embrujado».

Los rasgos formales de la máscara aluden claramente a la enfermedad: la división en una zona blanca y la otra negra hace referencia a las cicatrices de alguien que ha caído en el fuego debido a la epilepsia o a otro estado patológico. El párpado negro tiene signos de viruela y la cara es notoriamente asimétrica, lo cual le confiere gran parte de su sugerencia estética, torcida y estirada hacia abajo debido a una parálisis del nervio



Figura 6.

facial. El enfermo-embrujado representado por el danzante lleva, además de la máscara, una joroba de la que sale una flecha, que representa las flechas invisibles y simbólicas que arroja el brujo cuando está realizando su maleficio. La metáfora representada por el danzante enmascarado y la flecha alude a la causalidad maléfica de la enfermedad que cae repentinamente sobre el damnificado sin que éste pueda defenderse. A veces el enmascarado lleva un arco y flechas, significando con ello que intenta combatir la fuente de su desgracia. Debajo de su vestimenta lleva las campanas de madera que suelen tener los perros de caza, que con su sonido hueco recuerdan la lucha a vida o muerte que simbólicamente se está llevando a cabo. El danzante es ritualmente el cazador, que busca al causante de su mal-enfermedad, y el cazado, aquel que ha sido alcanzado por el maleficio. Si no lleva arco y flechas el enmascarado se sostiene sobre un bastón para indicar su debilidad física. En esta danza ritual están presentes, simbólicamente sintetizados, los elementos claves en la concepción primitiva de la enfermedad. El daño, como

ya hemos dicho, siempre es causado por un maleficio intencionadamente y su manifestación es la enfermedad, con su sintomatología física, pero también con su dolor espiritual. El ámbito en el que se desarrolla este drama es el ritual, con todos los elementos estéticos que lo acompañan: en primer lugar, la máscara escultórica, pero también los vestidos, la danza, la música, el recitado; un ámbito de conjuro, de expresión de los contenidos simbólicos de la enfermedad a través del arte pero también de intento de dominio de las fuerzas en juego.

La cabeza de hombre enfermo, yoruba de Nigeria¹⁰, expresa los términos de la enfermedad en función de unos rasgos abruptamente distorsionados: un ojo extraordinariamente salido de su órbita y otro vacío, la nariz y la boca completamente de lado en un rostro

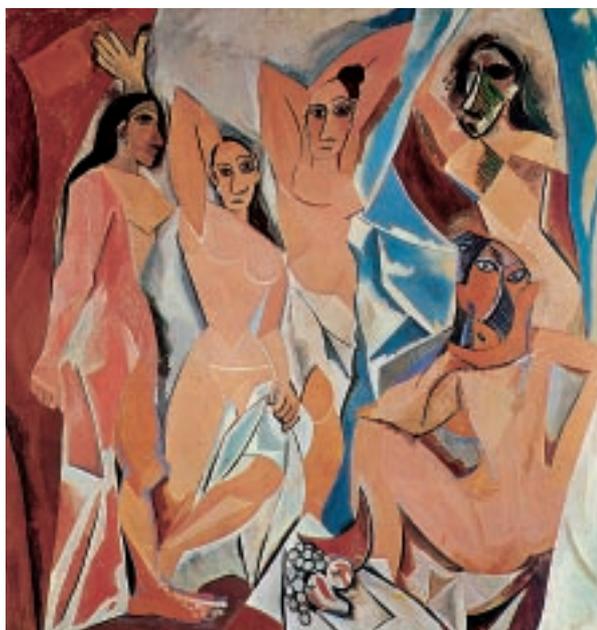


Figura 7.

marcadamente asimétrico. Como en el caso anterior, la distorsión física y la asimetría le confieren su atractivo estético, a la vez que simbolizan metafóricamente la enfermedad en términos absolutos, abstractos.

Arte moderno y arte primitivo

La magnífica máscara pende *mbuya*, máscara de enfermedad, fue introducida por William Rubin en el contexto del primitivismo en su análisis del cuadro de Picasso *Les Femmes d'Alger*¹¹ (fig. 7). Es un caso ciertamente interesante desde el punto de vista conceptual, porque formalmente la máscara pende es muy similar a la cara, convertida en una máscara, del personaje femenino sentado de espaldas en primer plano del cuadro de Picasso. La asimetría del rostro tan evidente, la nariz completamente desviada hacia un costado, los ojos colocados en diagonal a distinta altura, la pequeña boca también desplazada hacia un costado y colocada verticalmente... Parecería que Picasso hubiera

tenido a la vista la máscara africana. Y, sin embargo, es imposible que Picasso hubiera conocido esta pieza, inexistente en esa época en el Museo del Trocadero -inexistente aún hoy-. Incluso es prácticamente imposible que Picasso hubiera conocido alguna de las máscaras de enfermedad, caracterizadas, como hemos visto, por sus deformaciones extremas. El punto de contacto, por el contrario, parece provenir de varios aspectos significativos y no formales. En la época en que Picasso está pintando *Les demoiselles d'Avignon* sufre una profunda impresión al entrar en contacto con las obras de arte africano del Museo del Trocadero. En una entrevista con A. Malraux¹², dice: «Para mí las máscaras no eran solamente esculturas. Eran objetos mágicos... intercesores... contra todo -contra lo desconocido, los espíritus maléficos... Eran armas para impedir que la gente fuera dominada por los espíritus, para ayudarles a liberarse». Su percepción, aun cuando fuera intuitiva, del valor «curativo» de algunas de estas esculturas es sorprendente y está incluida, sin duda, en su realización de *Les demoiselles d'Avignon*, a la que él posteriormente caracterizó como «mi primera pintura exorcista».

Pero las similitudes significativas entre las «máscaras de enfermedad» africanas y el tratamiento del personaje en primer plano de su cuadro son todavía más precisas. Steinberg, en un artículo que constituye ya un texto imprescindible para el análisis de *Les demoiselles d'Avignon*¹³, sostuvo que el cuadro, lejos de ser una pura elaboración formal iniciadora del cubismo, como había sido considerado hasta el momento, poseía un fuerte contenido sexual que sintetizaba tanto la experiencia vital de Picasso como sus mayores fantasmas. Como se veía claramente si se seguía el proceso creativo de Picasso a través de los esbozos del cuadro, que incluían un marinero, un estudiante de medicina y una calavera, la escena del burdel de la calle de Avinyó era la *dramatis escena* del particular universo picassiano en torno a la mujer, tan deseada como temida. La escena fue finalmente protagonizada exclusivamente por las prostitutas con rostros pintados como si fueran máscaras africanas, consideradas por Steinberg como pura energía sexual, la imagen de la fuerza vital. Comentaristas posteriores, siguiendo el camino abierto por Steinberg, han completado su interpretación agregando el aspecto temido y temible de la escena, su costado tanático: la irrupción en este marco significativo de desborde sexual del fantasma de la enfermedad, la sífilis. Picasso siempre la temió, dado que era una enfermedad letal, y la consideró el costado oscuro de la relación con la prostitución, que frecuentó durante varios años. Este aspecto temido, siniestro, estaría sintetizado en los personajes masculinos: el marinero, un icono de la relación del hombre con la prostitución y del riesgo de contraer la enfermedad, el médico, aquel que podría curarla, y la calavera, obvio símbolo de la muerte, luego desaparecidos de la versión final. Quizás precisamente porque eran una de las llaves evidentes de acceso al significado profundo de la obra.

Pero existe otro nexo de unión entre la «máscara de enfermedad» africana y *Les demoiselles d'Avignon*. En 1902 Picasso realizó varias visitas al Hôpital Saint-Lazare para estudiar las figuras, particularmente los rostros, de prostitutas que estaban siendo tratadas de sífilis. La ceguera y la profunda distorsión que se

produce en el rostro que Picasso estudió en esas enfermas pueden muy bien haber sido rasgos formales que utilizó para conformar su particular «máscara de enfermedad» del personaje femenino sentado. Rasgos distorsionados producidos por enfermedades letales que sin duda están recogidos también en las máscaras de enfermedad africanas.

Les demoiselles d'Avignon, despojada en su versión final de sus contenidos icónicos más evidentes, se convierte en un exorcismo contra la muerte, aspecto de fundamental importancia en la psique de Picasso, que según refieren gran número de testimonios tenía terror a la muerte. De la misma manera que la máscara *Mbuya* expresa de forma abstracta la idea de la enfermedad y la muerte o la invalidez que conlleva, y la incluye en el ámbito de lo religioso para poder, mediante el conjuro, restablecer el equilibrio de la vida.

Referencias bibliográficas

1. Sendrail M. *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid: Espasa-Calpe, 1983; 108 y 112.
2. VVAA. *Primitivism in XXth Century Art*. New York: Museum of Modern Art, 1984; 312.
3. VVAA. *El museo Tervuren. Obras maestras del África Central*. Munich-Nueva York: Prestel-Verlag, 1996; 143.
4. Op.cit., pág. 144.
5. Op.cit., pág. 153.
6. Op. cit, pág. 146.
7. Binger. *Du Niger au Golfe de Guinée. Le Tour du Monde*. 1891.
8. Tobia-Chadeisson M. *Le fétiche africain. Chronique d'un malentendu*. Paris: l'Harmattan, 2000; 217.
9. Op. cit., pág. 159.
10. VVAA. *África Magia y Poder. 2500 años de arte en Nigeria*. Barcelona: La Caixa, 1998; 149.
11. Rubin W. *Picasso. Primitivism in XXth Century Art*. New York: Museum of Modern Art, 1984; 241-343.
12. Malraux A. *La tête d'obsidienne*. Paris: Gallimard, 1974; 18.
- 13 Steinberg. The Philosophical Brothel. *Art News*, 1ª. Parte, septiembre 1972, pp 22-29; 2ª. Parte, octubre 1972, pp 38-47.

Lecturas recomendadas

- Malraux, A. *La tête d'obsidienne*, Paris: Gallimard, 1974.
- Rubin W. «Picasso». *Primitivism in XXth Century Art*. New York: Museum of Modern Art, 1984.
- Sendrail M. *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid: Espasa-Calpe, 1983.
- Sigerist H. *Civilización y enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Steinberg. «The Philosophical Brothel». *Art News*, 1ª. Parte septiembre 1972, pp 22-29, y 2ª. Parte octubre 1972, pp 38-47.
- Tobia-Chadeisson M. *Le fétiche africain. Chronique d'un malentendu*. Paris: l'Harmattan, 2000.
- VVAA. *África Magia y Poder. 2500 años de arte en Nigeria*. Barcelona: La Caixa, 1998.
- VVAA. *El museo Tervuren. Obras maestras del África Central*. Munich-Nueva York: Prestel-Verlag, 1996.

¿DESAFIAR LA LEY DE LA GRAVEDAD?

Así de FÁCIL



Y... ¿TRATAR LA DEPRESIÓN?

Con Vastat 30 Flas[®], el antidepresivo de última generación. Por su rapidez.
Por su excelente tolerabilidad.
Por su efecto ansiolítico
y mejorador de la calidad del sueño.^{1,2}

VASTAT₃₀

mirtazapina

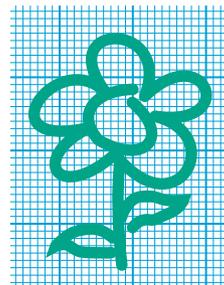


FLAS[®]

Así de FÁCIL

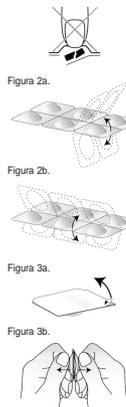
1. **DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO** Vastat Flas® 15 mg y Vastat Flas 30 mg comprimidos bucodispersables 2. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido contiene 15 mg, o 30 mg de mirtazapina. Lista de excipientes en 6.1. 3. **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos bucodispersables. Los comprimidos de Vastat Flas son redondos, blancos y con bordes biselados, marcados con un código en una de las caras (TZ/1, comprimidos 15 mg y TZ/2, comprimidos 30 mg). 4. **DATOS CLÍNICOS** 4.1. **Indicaciones terapéuticas** Episodio de depresión mayor 4.2. **Posología y forma de administración** Para evitar que el comprimido se aplaste, no presione el alveolo. Cada blister contiene 6 alvéolos, separados por líneas perforadas. Doble el blister y separe un alveolo siguiendo las líneas perforadas. Separe cuidadosamente la lámina del alveolo por la esquina indicada con una flecha. Saque el comprimido de su alveolo con las manos secas y póngaselo en la lengua. El comprimido se disgregará rápidamente y puede tragarse sin agua. Adultos: La dosis eficaz se encuentra normalmente entre 15 y 45 mg al día; el tratamiento se inicia con 15 o 30 mg (la dosis más alta se tomará por la noche). Ancianos: La dosis recomendada es la misma que para los adultos. En pacientes ancianos el aumento de dosis debe realizarse bajo estrecha supervisión para conseguir una respuesta satisfactoria y segura. Niños: No se ha determinado la eficacia y seguridad de Vastat en niños, por lo tanto no se recomienda tratar niños con Vastat. El aclaramiento de mirtazapina puede disminuir en pacientes con insuficiencia hepática o renal. Esto debe tenerse en cuenta cuando se prescribe Vastat a estos pacientes. Mirtazapina tiene una semivida de 20-40 horas, por lo que Vastat puede administrarse una vez al día, preferiblemente como dosis única por la noche antes de acostarse. También puede administrarse en subdosis divididas a partes iguales durante el día (una por la mañana y una por la noche). Es recomendable continuar el tratamiento hasta que el paciente ya no presente síntomas durante 4-6 meses. Posteriormente, el tratamiento puede abandonarse gradualmente. El tratamiento con una dosis adecuada deberá proporcionar una respuesta positiva en 2-4 semanas. Si la respuesta es insuficiente, la dosis puede aumentarse hasta la dosis máxima, pero si no se produce respuesta en otras 2-4 semanas, debe suspenderse el tratamiento. 4.3. **Contraindicaciones** Hipersensibilidad a la mirtazapina o a cualquiera de los excipientes. 4.4. **Advertencias y precauciones especiales de empleo** Durante el tratamiento con muchos antidepresivos, se ha descrito depresión de la médula ósea, que normalmente se presenta como granulocitopenia o agranulocitosis. En la mayor parte de los casos aparece después de 4-6 semanas y en general es reversible una vez se suspende el tratamiento. También se ha informado de agranulocitosis reversible como acontecimiento adverso raro en estudios clínicos con Vastat. El médico deberá vigilar la aparición de síntomas como fiebre, dolor de garganta, estomatitis u otros signos de infección; si se presentan tales síntomas deberá suspenderse el tratamiento y realizarse un hemograma. En los siguientes casos es necesario establecer la pauta posológica cuidadosamente, así como realizar un seguimiento regular: Epilepsia y síndrome afectivo orgánico; a partir de la experiencia clínica parece que raramente se producen ataques en pacientes tratados con Vastat. Insuficiencia hepática o renal. Enfermedades cardíacas como alteraciones de la conducción, angina de pecho e infarto de miocardio reciente, situaciones en las que deberán tomarse las precauciones habituales y administrar con precaución los medicamentos concomitantes. Hipertensión. Al igual que con otros antidepresivos deben tomarse precauciones en pacientes que se encuentren en las siguientes situaciones: Alteraciones de la micción como hipertrofia prostática (aunque en este caso no es de esperar que se produzcan problemas debido a que Vastat posee una actividad anticolinérgica muy débil). Glaucoma agudo de ángulo estrecho con presión intraocular elevada (en este caso también es muy poco probable que aparezcan problemas, porque Vastat tiene una actividad anticolinérgica muy débil). Diabetes mellitus. El tratamiento debe suspenderse si se presenta ictericia. Además, al igual que con otros antidepresivos, deben tenerse en cuenta los siguientes factores: Puede darse un empeoramiento de los síntomas psicóticos cuando se administran antidepresivos a pacientes con esquizofrenia u otras alteraciones psicóticas; pueden intensificarse los pensamientos paranoides. Si se trata la fase depresiva de la psicosis maniaco-depresiva puede revertir a la fase maníaca. Respecto a la posibilidad de suicidio en particular al inicio del tratamiento, debe proporcionarse al paciente, en casos particulares, un número limitado de comprimidos de Vastat Flas. Aunque los antidepresivos no producen adicción, la suspensión brusca de tratamiento después de la administración a largo plazo puede causar náuseas, dolor de cabeza y malestar. Los pacientes ancianos son más frecuentemente sensibles, especialmente a los efectos adversos de los antidepresivos. Durante la investigación clínica con Vastat no se ha informado de la aparición de efectos adversos más frecuentemente en los pacientes ancianos que en otros grupos de edad, sin embargo, la experiencia hasta el momento es limitada. Vastat Flas contiene aspartamo, que origina fenilalanina. Los comprimidos de 15 y 30 mg contienen 2,6 y 5,2 mg de fenilalanina, respectivamente. La fenilalanina puede ser dañina para los pacientes fenilcetonúricos. 4.5. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Datos in vitro sugieren que la mirtazapina es un inhibidor competitivo muy débil de las enzimas CYP1A2, CYP2D6 y CYP3A del citocromo P450. La mirtazapina se metaboliza ampliamente por las CYP2D6 y CYP3A4 y en menor grado por la CYP1A2. En un estudio sobre interacciones en voluntarios sanos no se mostró influencia de la paroxetina, que es un inhibidor de la CYP2D6 en cuanto a la farmacocinética de la mirtazapina en estado de equilibrio. No se conoce el efecto de un inhibidor de la CYP3A4 en la farmacocinética de la mirtazapina in vivo. Deben supervisarse cuidadosamente tratamientos concomitantes con mirtazapina e inhibidores potentes de la CYP3A4, como inhibidores de la proteasa del HIV, antifúngicos azólicos, eritromicina y nefazodona. La carbamazepina, que es un inductor de la CYP3A4 aumentó aproximadamente dos veces el aclaramiento de mirtazapina, lo que resultó en una disminución de los niveles plasmáticos del 45-60%. Se añade la carbamazepina u otro inductor del metabolismo de fármacos (como rifampicina o fenitoína) a la terapia con mirtazapina, puede ser necesario aumentar la dosis de mirtazapina. Si el tratamiento con el inductor se suspende, puede ser necesario disminuir la dosis de mirtazapina. La biodisponibilidad de la mirtazapina aumentó en más del 50% al administrarse conjuntamente con cimetidina. Puede ser necesario disminuir la dosis de mirtazapina en caso de iniciar un tratamiento concomitante con cimetidina o aumentarla cuando finaliza el tratamiento con este medicamento. En los estudios in vivo sobre interacciones, la mirtazapina no influyó en la farmacocinética de la risperidona ni de la paroxetina (sustrato de la CYP2D6), carbamazepina (sustrato de la CYP3A4), amitriptilina ni cimetidina. No se han observado efectos ni cambios clínicos relevantes en la farmacocinética en humanos de la administración conjunta de mirtazapina y litio. Mirtazapina puede potenciar la acción depresiva del alcohol sobre el sistema nervioso central: por tanto los pacientes deben ser advertidos de que eviten el alcohol durante el tratamiento con Vastat. Vastat no debe administrarse simultáneamente con inhibidores de la MAO ni en las dos semanas posteriores a la finalización del tratamiento con estos agentes. Mirtazapina puede potenciar los efectos sedantes de las benzodiazepinas; deben tomarse precauciones cuando se prescriben estos fármacos junto con Vastat. 4.6. **Embarazo y lactancia** Aunque los estudios en animales no han mostrado ningún efecto teratogénico con trascendencia toxicológica, no se ha establecido la seguridad de Vastat en el embarazo humano. Vastat se utilizará en el embarazo únicamente si la necesidad es clara. Aunque los experimentos en animales muestran que mirtazapina se excreta en cantidades muy pequeñas por la leche, el uso de Vastat en mujeres que dan el pecho no es aconsejable porque no existen datos disponibles sobre la excreción por la leche humana. 4.7. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** Vastat puede disminuir la concentración y la alerta. Los pacientes en tratamiento con antidepresivos deben evitar realizar actividades potencialmente peligrosas que requieran un estado de alerta y concentración, como conducir un vehículo a motor o manejar maquinaria. 4.8. **Reacciones adversas** Los pacientes con depresión presentan varios síntomas relacionados con la enfermedad misma. Por tanto, a veces es difícil diferenciar los síntomas que son resultado de la propia enfermedad o debidos al tratamiento con Vastat. Las reacciones adversas comunes (1-10%) durante el tratamiento con Vastat son: aumento de apetito y aumento de peso, somnolencia (que puede afectar negativamente a la concentración), generalmente durante las primeras semanas de tratamiento (Nota: En general, la reducción de dosis no produce menor sedación sino que además puede comprometer la eficacia antidepressiva), edema generalizado o local, con aumento de peso, mareo, cefalea. En casos raros (0,01 - 0,1%) pueden presentarse las siguientes reacciones adversas: hipotensión (ortostática), manía, convulsiones (ataques), temblores, mioclonía, depresión aguda de la médula ósea (eosinofilia, granulocitopenia, agranulocitosis, anemia aplásica y trombocitopenia) (ver también sección 4.4 'Advertencias y precauciones especiales de empleo'), aumento en las actividades de las transaminasas séricas, exantema, parestesia, síndrome de las piernas inquietas, artralgia / mialgia, fatiga, pesadillas / sueños intensos. 4.9. **Sobredosis** La experiencia hasta el momento (aunque todavía limitada) respecto a sobredosificación con Vastat solo, indica que los síntomas son en general leves. Se ha descrito depresión del sistema nervioso central con desorientación y sedación prolongada, junto con taquicardia e hiper o hipotensión leves. Los casos de sobredosificación deberán tratarse mediante lavado gástrico, conjuntamente con una terapia sintomática apropiada y de apoyo de las funciones vitales. 6. **DATOS FARMACÉUTICOS** 6.1. **Lista de excipientes** Vastat Flas 15 y 30 mg comprimidos contiene: Azúcar en esferas, hidroxipropilmetilcelulosa, povidona, estearato de magnesio, copolímero E de aminoalquilmetacrilato (Eudragit E100), aspartamo (E 951), ácido cítrico, crospovidona, manitol, celulosa microcristalina, aroma de naranja natural y bicarbonato sódico. 6.2. **Incompatibilidades** No aplicable 6.3. **Periodo de validez** 2 años. 6.4. **Precauciones especiales de conservación** Vastat Flas debe conservarse en su envase original. 6.5. **Naturaleza y contenido del recipiente** Los comprimidos de Vastat Flas se envasan en blisters a prueba de niños, rígidos, del tipo que debe separarse la lámina para abrirlos. Están formados por un laminado de lámina de aluminio y películas plásticas, selladas a otro laminado de papel y lámina de aluminio cubierta con una capa resistente al calor. Los alvéolos de los comprimidos están separados por líneas perforadas. Las películas plásticas contienen PVC (cloruro de polivinilo), poliamida y políester. Están disponibles las siguientes presentaciones: Cada blister contiene 6 comprimidos. -Envases de 30 comprimidos bucodispersables (5 x 6) de 15 mg de mirtazapina (código TZ/1). -Envases de 30 comprimidos bucodispersables (5 x 6) de 30 mg de mirtazapina (código TZ/2). 6.6. **Instrucciones de uso y manipulación** Véase Apartado 4.2. 6.7. **Código Nacional y precio venta público** Con receta médica. Incluido en el Sistema Nacional de Salud. Aportación Reducida. VASTAT FLAS 15 mg 30 comprimidos bucodispersables: CN: 770792. PVP+iva: 27,49€ VASTAT FLAS 30mg 30 comprimidos bucodispersables: CN: 770842. PVP+iva: 46,03€ 7. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Laboratorios Pensa Avda. Mare de Déu de Montserrat, 215 - 08041 Barcelona 8. **NUMERO(S) DE REGISTRO** Vastat Flas 15 mg, comprimidos bucodispersables: 64.861 Vastat Flas 30 mg, comprimidos bucodispersables: 64.862 9. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN O DE LA RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Julio 2002 10. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Junio 2002. **Bibliografía:** 1. Benkert O, Muller H, Szegei A. An overview of the clinical efficacy of mirtazapine. Hum Psychopharmacol Clin Exp 2002;17(Suppl 1):S23-S26. 2. Anttila SAK, Leinonen E. A review of the pharmacological and clinical profile of mirtazapine. CNS Drugs Reviews 7(3):249-264.2001. 3. De Boer Th. The pharmacologic profile of mirtazapine. J Clin Psychiatry 1996;57(suppl 4):19-25. © Laboratorios Pen S. A. 2003

VASTAT30
mirtazapina
FLAS®



**ASOCIACION
DE ECONOMIA
DE LA SALUD**

Figura 1.



La Asociación Española de Economía de la Salud (**AES**) agrupa a todos aquellos profesionales, procedentes de distintos ámbitos, que se dediquen o tengan interés por la economía de la salud. En la actualidad está integrada por 642 socios numerarios y 17 socios institucionales. El colectivo de socios individuales está compuesto por profesionales médicos, economistas, gestores, farmacéuticos, personal de enfermería, y otros profesionales relacionados con el mundo académico, la administración pública y la gestión empresarial. **AES** se constituyó formalmente en 1985, aunque ya desde 1980 organizaba la celebración de unas Jornadas anuales, que sirven de foro de encuentro de todos los interesados. La última edición de las Jornadas tuvo lugar el pasado mes de mayo en Pamplona, y tendrán continuidad en Cádiz (4-6 de junio de 2003), Madrid (2004) y Barcelona (2005). Asimismo, **AES** organiza periódicamente reuniones científicas sobre temas monográficos, en forma de congresos, talleres, seminarios, etc. y colabora con otras entidades públicas o privadas en la organización de este tipo de encuentros.

La Asociación Española de Economía de la Salud también presta servicios relacionados con asesoramiento y/o proyectos de investigación, ya sea emitiendo dictámenes o informes técnicos sobre un tema concreto (disponibles en la página web), o bien supervisando y garantizando la calidad científica de informes encargados a algún equipo de socios expertos en la materia, cuya tramitación administrativa canaliza. Anualmente convoca una beca de investigación en economía de la salud, que para 2003 estará dotada con 12.000 euros.

AES edita anualmente el libro de actas de las Jornadas de Economía de la Salud, así como el boletín Economía y Salud, de periodicidad cuatrimestral (de libre acceso en la página web). Además, la Asociación se ocupa de la edición o distribución de otras publicaciones relevantes en Economía de la Salud.

AES forma parte de las principales asociaciones nacionales e internacionales de economía de la salud y administración sanitaria (IHEA, EUPHA, SESPAS) y mantiene sendos convenios de colaboración con otras asociaciones nacionales de esta disciplina (Portugal, Argentina).

La información y documentación actualizada de **AES** puede obtenerse a través de la página web: www.aes.es, que permite a los visitantes inscribirse como socios de forma interactiva.

Sardenya, 229-237, 6º, 4ª

08012 Barcelona

Tel. 93 231 40 66

Fax 93 231 35 07

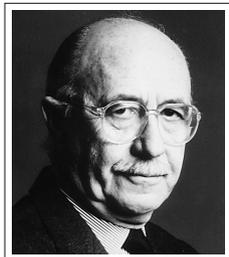
ESTEVE

EL CUERPO BAJO LA MIRADA MÉDICA

«The way we see things is affected by what we know or what believe»^{*}

CRISTÓBAL PERA

*Catedrático de Cirugía. Profesor emérito de la Universidad de Barcelona.
Miembro de Honor del Royal College of Surgeons of England.
Miembro de Honor de la Association of Surgeons of Great Britain and Ireland.*



Ha sido Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, Presidente de la Societat Catalana de Cirurgia y Presidente del Comité Consultivo para la Formación de los Médicos de la Unión Europea. Sus publicaciones científicas son muy numerosas, destacando una monografía titulada *Fundamentos biológicos de la Cirugía* (1971), un texto para la formación pregraduada en Cirugía (*Cirugía, Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas*, Ed. Masson, Barcelona) y un Diccionario filosófico de la Cirugía (*El cuerpo herido*, Edicions Universitat de Barcelona, 1998).

Como profesor emérito ha impartido en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona varios cursos de Humanidades Médicas.

^{*}Berger J. *Ways of Seeing*. London: Penguin Books, 1990.

Resumen

Los cuerpos humanos, desde su nacimiento hasta su muerte, son objeto de una mirada muy especial y compleja: la mirada médica.

La primera mirada médica dirigida sin prejuicios al interior del cuerpo humano fue la mirada anatómica de Vesalio. La segunda mirada médica fue la mirada anatomoclínica surgida a finales del siglo XVIII, que Foucault analizó bajo la expresión «le regard médical». La profundidad alcanzada por la mirada médica en el interior del cuerpo humano -mediante la potenciación de la mirada tecnológica- ha transformado al espacio corporal en casi transparente.

Pero lo que se debe entender hoy como mirada médica, con su estructura plurisensorial, desborda los límites individuales del médico que mira a un cuerpo -sano, enfermo, herido o envejecido- y se transforma en una mirada médica institucionalizada, estructurada en organizaciones y sistemas, con una poderosa presencia en los ámbitos social, cultural, económico y político. Sobre el poder de la mirada médica individual se superpone hoy el poder hegemónico de numerosos colectivos de miradas médicas, sean corporativos, nacionalizados o globalizados.

Palabras claves : Mirada médica. Mirada tecnológica. Espacio corporal. Geografía corporal. Transparencia del cuerpo. Fragmentación del cuerpo.

Abstract

THE BODY UNDER THE MEDICAL GAZE

The human bodies, from their birth until their death, are object of a very special and complex gaze: the medical gaze.

The first medical gaze addressed without prejudices to the inside of the human body was the anatomic gaze of Vesalius. The second medical gaze was the anatomoclinic gaze springed by the end of the eighteenth century, that Foucault analyzed and called «le regard médical». The depth reached by the medical gaze in the inside of the human body, by the potentiation of the technological gaze, has turned the bodily space into an almost transparent one.

Notwithstanding, what it has to be understood as medical gaze today, with its multisensorial structure, overflows the individual boundaries of the physician who looks at a body -healthy, ill, wounded or aged- and turns into an institutionalized medical gaze, structured through organizations and systems, with a powerful presence in the social, cultural, economic and political fields. Today, the hegemonic power of numerous collectivities of medical gazes, these being corporative, nationalized or globalized, is superposed over the power of the individual medical gaze.

Key words: Medical gaze. Technological gaze. Bodily space. Bodily geography. Transparency of the body. Fragmentation of the body.

Ver y mirar el cuerpo

Este texto trata del *cuerpo humano* como *objeto* de un modo de *mirar* muy específico, la *mirada médica*.

El *cuerpo humano* se configura como un espacio físico cuya limitante superficie externa, a la vez que encierra su complejísima interioridad biológica, se despliega en el ámbito del mundo que le rodea. En cada *cuerpo* -por esencia *caducable*, *deteriorable* y siempre *vulnerable*- se *vive* y se *representa* una *historia personal* en el escenario del mundo en el que se mueve, donde interactúa con otros muchos cuerpos; para ello dispone específicamente de la *mano* y de la *palabra* como instrumentos de comunicación, mientras que su *imagen* va cambiando, de modo casi imperceptible, a lo largo de su vida, aunque conserve su *identidad* como espacio biológico y como persona¹. El *cuerpo humano* -*objeto/sujeto*- es, además, una construcción social cuyos comportamientos adquieren significación en el ámbito de un determinado contexto cultural.

Mientras que cotidianamente cada *cuerpo* suele ser *visto* por otros muchos *cuerpos* con los que convive o bien pululan a su alrededor, en ocasiones se convierte en el *objeto* de una *mirada*. Si bien, en principio, el *ver* carece de intencionalidad, por lo que la imagen captada se desvanece rápidamente, el *mirar* es un acto voluntario; es un modo de *ver* a través del color del cristal ideológico del que está mirando; dicho de otro modo, a un objeto determinado, que reclama nuestra atención visual, lo «miramos desde lo que somos» o desde «lo que pretendemos ser». El cuerpo femenino, por ejemplo, es objeto habitualmente de un modo específico de *mirar* del hombre, extensamente analizado por las teorías feministas y calificado como *mirada masculina* [«*male gaze*»], a la que ahora se contrapone teóricamente un modo de *mirar femenino* [«*female gaze*»] al cuerpo masculino².

Los *cuerpos humanos* se convierten en *objetos* de *miradas* de muy diversa intencionalidad: unas son admirativas, alentadoras o compasivas, y otras inquisitivas, agresivas, envidiosas o resentidas. Pero los *cuerpos humanos* también soportan en las sucesivas etapas de sus vidas -sobre todo cuando se transforman en *cuerpos enfermos*, *heridos* o *envejecidos*³⁻⁵- una *mirada* muy especial, la *mirada médica*.

Sin embargo, frente a la profundidad alcanzada en nuestro tiempo por la *mirada médica* en el interior del *cuerpo humano* -una *mirada* que, mediante la progresiva potenciación tecnológica de sus capacidades, ha transformado al *espacio corporal* en *casi transparente*- conviene recordar que durante siglos, en el proceso evolutivo de la civilización occidental, la *mirada del médico* se había limitado a desplegarse tímidamente sobre breves fragmentos de una superficie corporal culturalmente oculta casi en su totalidad, de la que, por añadidura, desconocía la verdadera anatomía de su interioridad.

Cosa distinta ha sucedido históricamente con la *mirada médica* dirigida al *cuerpo herido* o, de modo más concreto, con la *mirada quirúrgica*⁶; toda herida, como solución de continuidad en la superficie cutánea del espacio corporal, exige, sin más discursos

La primera mirada al interior del cuerpo humano del cirujano y anatomista Vesalio fue, hasta cierto punto, una mirada libre de la sumisión intelectual a textos previamente escritos.

ideológicos previos ni reparos pudorosos, la exploración directa e inmediata de las consecuencias -sangrantes, dolorosas e incapacitantes- de la agresión traumática.

La primera mirada médica dirigida al interior del cuerpo humano en el Renacimiento fue una mirada anatómica

A lo largo de la primitiva historia del saber médico algunos anatómicos, como Herófilo (c.340 a.C.) y Erasístrato (c.330 a.C.), habían tenido la oportunidad de *mirar* en el *interior* del *cuerpo humano* de manera accidental o intencionada (a pesar del carácter transgresor que en su época pesaba sobre esta actividad investigadora). Fue Galeno (129-199 d.C.) quien consiguió enhebrar un discurso anatómico, aparentemente cerrado, acerca de esa *interioridad corporal*, un texto que se convirtió en canónico, en el que se mezclaban los breves conocimientos anatómicos recibidos con sus propios hallazgos e interpretaciones, aunque -como mucho más tarde se pudo demostrar- la *mirada* galénica casi nunca se había desplegado por el interior de cuerpos humanos, sino de animales. Los médicos que más tarde tuvieron algunas oportunidades de *mirar* en el interior del cuerpo humano, escasas debido a la rara disponibilidad de cadáveres para la disección, lo hacían con una tímida y oblicua *mirada* que, de entrada, asumía la infalibilidad del texto galénico, por lo que sólo «veían», distanciados física e intelectualmente del cadáver, «lo que pretendían ver».

En un determinado momento histórico (enero del 1540) Andrés Vesalio decidió que había llegado la hora, en una disección pública, de *mirar* directamente al interior del cuerpo humano, con una mirada limpia de prejuicios, no tergiversada, «como si fuera la primera vez que se mirara» (J.Berger)⁷. Este radical cambio de actitud propició el abandono paulatino de la interpretación forzada de lo que se veía en el cuerpo humano abierto, siempre filtrada a través de un texto canónico que decía «lo que se tenía que ver». En la monumental obra de Vesalio *De Humani Corporis Fabrica Libri Septem* (1543), una de las obras más bellamente ilustradas de todos los tiempos, por artistas del taller de Tiziano (fig. 1) -una espléndida conjunción de precisión descriptiva, arte y tipografía- no sólo se encuentra el fundamento de la moderna anatomía, sino que -en opinión del gran clínico Sir William Osler (1849-1919)- a «partir de ella comienza la medicina moderna».

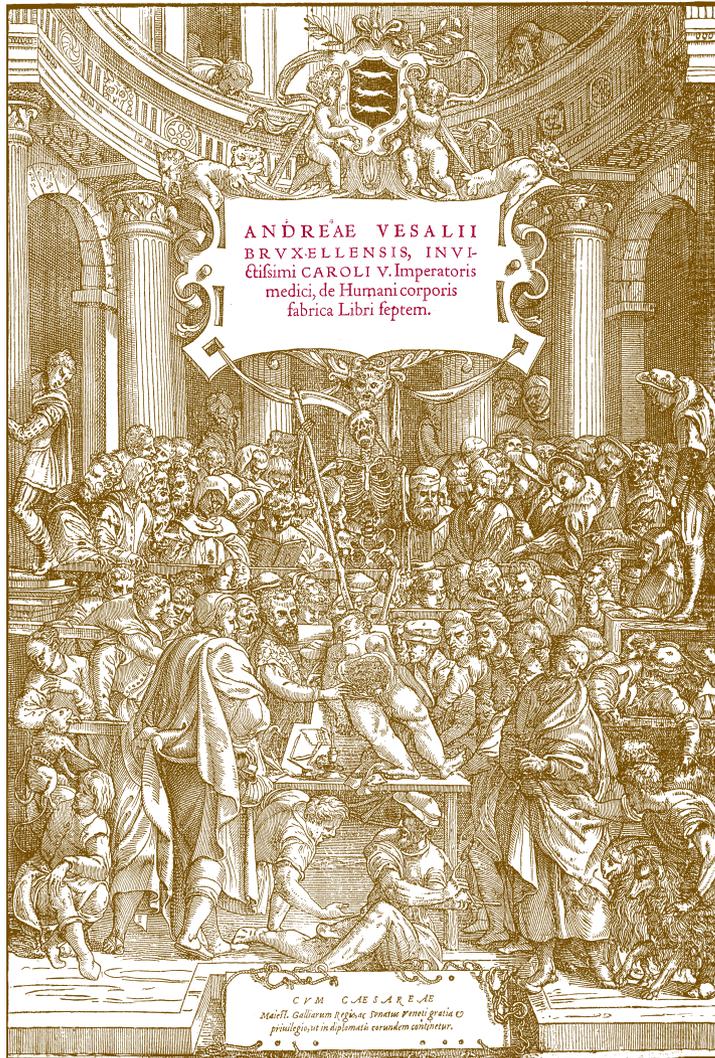


Figura 1.

La *primera mirada* al interior del cuerpo humano del cirujano y anatomista Vesalio fue, hasta cierto punto, una *mirada* libre de la sumisión intelectual a textos previamente escritos, a unos «pre-textos» que pretendían imponerse al verdadero «texto», que era el que realmente estaba «escrito» en el cuerpo diseccionado. Fue la de Vesalio una *mirada admirativa* ante el descubrimiento de la confusa, y en parte asimétrica, realidad hasta entonces oculta en el interior del espacio corporal humano, por otra parte tan simétrico en su estructura externa. Esta *admiración* -que surge de una comprensión parcial e incompleta del objeto de la *mirada*- fue un potente estímulo para proseguir en la investigación anatómica del cuerpo humano, convertido ya en *objeto* de conocimiento.

Aprovechando el nuevo paradigma tecnológico de finales del siglo XX, capaz de transformar toda *información* en una *información digitalizada*, ha surgido una nueva anatomía del cuerpo humano: la *anatomía digital*.

Este ha sido el objetivo de un ambicioso proyecto, que comenzó su andadura en el año 1989 auspiciado por la *National Library of Medicine* de los EEUU, y denominado

Visible Human Project. Cadáveres intactos de donantes voluntarios son escaneados con las técnicas de *diagnóstico mediante imágenes* (TAC y RNM) y después congelados. Tras la congelación, los cuerpos son seccionados transversalmente en láminas a intervalos de 1 milímetro, que son codificadas mediante fotografía digital. El *cuerpo humano* es traducido al lenguaje digital y el archivo obtenido, almacenado en la base de datos de un ordenador, se transforma en la *memoria digital* de ese cuerpo. La imagen tridimensional de ese *cuerpo digitalizado* puede ser reconstruida en su totalidad o en partes, remodelada a voluntad, animada virtualmente, diseccionada y vuelta a reconstruir una y otra vez, gracias a la lógica informática, como si se tratase de un proceso sin fin de la llamada «ingeniería revertida» y, además, transmitida a través del espacio virtual de Internet con fines didácticos.

De la *primera mirada* de Vesalio, dirigida a las entrañas de un cadáver abierto y en corrupción, rodeado del ambiente ruidoso, maloliente y tumultuoso de una sesión pública de disección, hemos llegado a disponer, en pleno siglo XXI, de una *mirada tecnológica* que convierte al «cadáver» en un cuerpo incorruptible y digitalizado, en un «texto» traducido a datos abstractos, a *bits* y a *bytes*. La *mirada médica* dispone ahora de *cuerpos humanos digitalizados*.

La segunda mirada médica al interior del cuerpo humano fue una mirada anatomoclínica

Antes de la introducción del *método anatomoclínico* en la práctica de la Medicina, a finales del siglo XVIII, cuando todavía se encontraba en pleno apogeo la denominada *medicina clasificatoria* o *medicina de las especies* -de la que son ejemplos paradigmáticos la *Nosologie* de F. Boissier de Sauvages (1761) y, sobre todo, la *Nosographie philosophique* del alienista Ph. Pinel (1798)- las *enfermedades* se organizaban jerárquicamente en *familias*, *géneros* y *especies*. El papel del médico de la Ilustración era descubrir cuál de las *enfermedades* clasificadas como *especies morbosas* se encontraba oculta en el *espacio corporal* del paciente, y para ello utilizaba una técnica semejante a la que se emplea para resolver un criptograma: el desciframiento de los *síntomas*. Según la conocida tesis de Foucault⁸, lo que antes de la introducción del *método anatomoclínico* se conocía simplemente como *clínica* no era un método para descubrir en el *cuerpo enfermo* una verdad *todavía* desconocida, sino una manera de disponer la verdad dada ya por adquirida y clasificada -una *especie morbosa*- y de presentarla para que se desvelara sistemáticamente.

Por tanto, la *clínica* que floreció durante la Ilustración, previa a la introducción del *método anatomoclínico*, no investigaba por sistema el interior de los cadáveres de los pacientes fallecidos; lo que le interesaba al *clínico* de aquel tiempo -aquel que en Europa comenzaba a enseñar con gran éxito junto al lecho del paciente, como lo hiciera magistralmente H. Boerhaave (1668-1738) en el Hospital de Santa Cecilia, en Leiden- era la *historia* de la enfermedad, sus *tiempos* evolutivos, y no su *asiento* en el interior del *espacio corporal*.

Fue precisamente aquel inicial modo de entender la *clínica*, que era el dominante antes de la progresiva introducción del *método anatomoclínico*, el que durante cuarenta años impidió a la Medicina entender la enorme importancia de la investigación *post mortem* de las lesiones internas -órgano por órgano- que ya había realizado en su tiempo G.B. Morgagni (1682-1771). En lugar de incorporar al campo de la *mirada médica* la geografía interior de las enfermedades con el despliegue anatómico de sus lesiones, «los clínicos habían elaborado un espacio más complejo y más abstracto, en

Lo que Foucault denominó en su día «le regard médical» (la mirada médica) corresponde históricamente a la mirada anatomoclínica.

el que lo que les interesaba era el orden de aparición, las sucesiones, las coincidencias y el isomorfismo de los *síntomas* y *signos* de las enfermedades» (Foucault).

Lo que Foucault denominó en su día «le regard médical» (la mirada médica) corresponde históricamente, en una aplicación restrictiva de dicha expresión, a la *mirada anatomoclínica*. El período histórico en el que surge esta *mirada anatomoclínica* fue acotado por Foucault en los últimos años del siglo XVIII, en plena Revolución francesa, cuyo inicio marca la caída de la Bastilla en 1789. Es el momento



Figura 2.

en el que, según Foucault, «la experiencia clínica se abre a un nuevo espacio: el *espacio tangible del cuerpo*, donde se ocultan sus secretos, sus *lesiones invisibles* y el misterio mismo de los orígenes de estas lesiones».

Tres son los médicos protagonistas del nacimiento del *método anatomoclínico*: M. F-X. Bichat (1771-1802), autor del *Tratado de las membranas en general y de diversas membranas en particular*; J. N. Corvisart (1755-1821), traductor, del latín al francés, del libro de L. Auenbrugger conocido abreviadamente como *Inventum novum* en el que introduce el método de la *percusión torácica*, y R. T. H. Laennec (1781-1826) inventor del *estetoscopio*, instrumento que permite la *auscultación mediata* del tórax. Estas «nuevas invenciones» -auscultación y percusión- fueron unos pasos trascendentes, aunque muy limitados, en el conocimiento de la interioridad del espacio corporal.

Cuando Corvisart y Bichat proponen a los *clínicos* completar con la apertura sistemática de los cadáveres de sus enfermos -la *autopsia clínica*- la recolección de síntomas y signos que sus *miradas* habían hecho en la superficie del *cuerpo*, y en la propia *representación* que este cuerpo hacía de su padecimiento, comienza la época del *método anatomoclínico*. A partir de este cambio de paradigma, el *clínico* se limita a *decir lo que ve* en el interior del cadáver abierto, en cuya *geografía interior* la enfermedad, como lesión anatómica, se despliega ante su *mirada*.

Tras la introducción del *método anatomoclínico*, el paciente sigue siendo un *objeto* para la *mirada del médico*, un *espacio corporal cerrado*, pero en el que ahora no sólo recolecta, con minuciosidad de botánico (Boerhaave lo era, además de médico), síntomas y signos, sino que también, si llega el momento de la muerte, lo convierte, mediante la autopsia, en un *espacio corporal abierto*, en el que se desentrañan y se despliegan las lesiones de la enfermedad.

El cuerpo bajo la mirada médica en el espacio doméstico y en el espacio hospitalario, antes y después de la introducción del método anatomoclínico

Durante siglos, en la historia de la Medicina, la superficie del cuerpo, su *geografía corporal*, ha estado en gran parte oculta a la *mirada médica*. Dos han sido básicamente las causas de esta persistente ocultación del cuerpo: un discurso teórico dominante que minusvaloraba la importancia de su exploración y el sentimiento de pudor o de vergüenza ante el propio cuerpo desnudo, como resultado de un largo proceso de construcción social y cultural⁹.

En el período histórico en el que dominaba la *clínica* de la Ilustración, con su *medicina clasificatoria*, poco antes de que Boerhaave comenzara en Leiden a enseñar la Medicina a la cabecera del enfermo hospitalizado, el pintor Jan Steen (1626-1679, Leiden) captó en varios de sus óleos el paradigma del comportamiento de la *mirada médica* en el escenario doméstico de su tiempo (fig. 2; «La visita del médico», Apsley House, Londres): en su dormitorio, una estancia abierta por aquel entonces a

Durante siglos, en la historia de la Medicina, la superficie del cuerpo, su geografía corporal, ha estado en gran parte oculta a la mirada médica.

la vida social, sentada en un sillón, se encuentra una decaída joven, recubierta con un pesado atuendo que desvela tan sólo su rostro, sus manos y sus antebrazos, mientras que el médico, vestido de forma ostentosa y tocado con un amplio sombrero -signos de su posición social y de su autoridad- se limita a sostener la leve y frágil muñeca en la que examina el pulso y, de reojo, con mirada irónica que busca complicidad, parece conversar con la familiar que sostiene el frasco de vidrio transparente con la orina de la paciente, en el que probablemente practicará la *uroscopia*, un presuntuoso método diagnóstico, de moda en aquellos tiempos.



Figura 3.

En el siglo XVIII los médicos, especialmente los británicos¹⁰, raras veces realizaban un examen del cuerpo del paciente y se contentaban con la utilización de los «cinco sentidos» para emitir un diagnóstico: observar de lejos el color de su piel, oír las irregularidades de su respiración, olerlo, probar el sabor de su orina y tomar el pulso. Para Porter, los médicos británicos del siglo XVIII eludían el examen del cuerpo no ya por respeto al pudor de su paciente, sino por la aplicación en la práctica del discurso médico dominante, que no reconocía que el examen físico pudiera aportar datos valiosos para el diagnóstico de la enfermedad, entendida como una *especie morbosa* naturalmente definida.

El distanciamiento entre la *mirada médica* y el *cuerpo* del paciente persiste en la primera mitad del siglo XIX, como se hace patente en un grabado de la época, atribuido a A. Lacauchie, cuyo tema es precisamente la enseñanza de la Medicina en una *clínica* francesa (fig. 3): el *enfermo*, acostado en una cama bastante elevada sobre el plano del suelo de la sala del hospital, a modo de escenario acotado con cortinajes, yace como objeto/espectáculo, mientras que el profesor, de espaldas

al paciente, diserta sobre la *enfermedad* ante un semicírculo de alumnos vestidos como petimetres.

La «intimidad» del *cuerpo*¹¹ presupone una previa ocultación de su superficie: la proporción entre «lo ocultado» y «lo desvelado» y la superficie de la propia «intimidad» accesible a otro u otros cuerpos, es una construcción social, cultural y, en último término, personal. La necesidad de exhibir ante otro cuerpo lo que se inscribe en el terreno de «lo que debe ser ocultado», provoca el sentimiento del pudor. No obstante, lo que se ha considerado culturalmente «lo íntimo» de un *cuerpo* ante la *mirada médica*, las áreas corporales cuya exposición ante dicha *mirada* ha sido evitada por vergüenza o pudor, corresponde (paradójicamente si se recuerda su etimología latina) a lo más «externo», a la *geografía de la corporeidad*, y no a sus entrañas: es en esta superficie corporal, con sus entrantes y sus salientes, y con los orificios que conducen a sus profundidades, aquella que se «oculta» a los demás, la que es necesario exponer, en determinadas circunstancias, a la *mirada médica*. Un curioso acomodo entre la necesidad de la exploración corporal de uno de sus orificios «ocultos» y un intenso sentimiento de pudor se representa en una de las espléndidas láminas de un libro sobre los partos¹², publicado en 1840 (fig. 4): el médico, con levita, una rodilla en tierra; con su *mirada masculina* desviada de la paciente, introduce sus manos bajo la larga falda para explorar a la mujer, en posición de pie, *mirada femenina* desviada del médico y brazos cruzados en una recatada actitud.

En la medicina hospitalaria de finales del siglo XIX, en la que ya se intenta aplicar el *método anatomoclínico* sobre series de pacientes alineados en el espacio hospitalario (fig. 5), el óleo del pintor sevillano,



Figura 4.

La realidad es que el territorio recorrido sobre el cuerpo del enfermo por la mirada médica ha sido casi siempre extremadamente limitado y fragmentario.

nacionalizado francés, Luis Jiménez Aranda (1845-1928) titulado «La visita al hospital» (medalla de honor en la Exposición Internacional de París del 1889), recrea otra forma de perder la «intimidad» del cuerpo: sobre la frágil y abrumada figura de una paciente, incorporada en la cama del hospital, al descubierto tan sólo su cara y sus manos, se concentran numerosas *miradas* que pretenden convertirse en *médicas*, mientras que el interior de su *espacio corporal* intenta ser escuchado directamente por el profesor, sin estetoscopio, aplicando su oreja sobre la humilde camisa que la recubre.

La realidad es que el territorio recorrido sobre el *cuerpo del enfermo* por la *mirada médica* ha sido casi siempre, por uno u otro motivo, extremadamente limitado y fragmentario, ya que un dogmático discurso ideológico del médico sobre la esencia de la *enfermedad* ha frenado la curiosidad de un *mirar* sin prejuicios.

La progresiva transparencia del cuerpo ante la mirada médica

En el siglo XX, y sobre todo en sus últimas décadas, el extraordinario desarrollo de las tecnologías diagnósticas que permiten obtener imágenes de la *interioridad del cuerpo bajo la piel*, sin abrirlo¹³, ha convertido al *cuerpo vivo*, tanto en estado de salud como de enfermedad, en un espacio físico casi «transparente» para la *mirada médica*, espacio en el que se revelan precisas imágenes de la intimidad corporal hasta ahora «ocultas». En estas nuevas circunstancias, para la *mirada médica* así potenciada, la conversión del síntoma en «signo de» suele ser casi inmediata, sin esperar a la intervención quirúrgica o a la autopsia.

Es a partir del año 1895, con el descubrimiento por W. K. Roentgen de los rayos que llevan su nombre, cuando el *cuerpo vivo* del paciente, bajo la piel intacta, comienza a hacerse progresivamente «transparente» a la *mirada médica* (fig. 6).

Esta «transparencia» del cuerpo a la *mirada médica* se ha ido consiguiendo gracias a diversas *tecnologías icónicas*:

Las *técnicas* que utilizan la capacidad de penetración en los tejidos de los *rayos Roentgen* en dos modalidades: a) como *técnicas radiográficas simples* o *combinadas* con la introducción de *contrastes*; b) como *tomografía axial computorizada* (TAC), procedimiento éste que incide sobre el cuerpo con un haz de rayos X en múltiples posiciones para obtener imágenes corporales mediante la computación de los coeficientes de absorción de los diversos tejidos incluidos en la secuencia de los planos anatómicos.

Las *técnicas ecográficas*, cuyas imágenes se generan mediante la captación de los *ecos* producidos por la incidencia de *ultrasonidos* sobre los distintos tejidos y líquidos orgánicos.

La *resonancia nuclear magnética* (RNM), basada en el fenómeno de la resonancia de los protones cuando son sometidos a la influencia de campos magnéticos.

La *tomografía con emisión de positrones* o PET, que permite a la *mirada médica* examinar órganos como el corazón, el cerebro y otros, haciendo aparente la actividad química de estos órganos o tejidos, al contrario que la radiografía simple, la TAC y la RNM que tan sólo demuestran la estructura del cuerpo. Las imágenes de la PET son compuestas por computación a partir de las partículas subatómicas detectadas que han sido emitidas por una sustancia radiactiva inyectada al paciente.



Figura 5.

La *tomografía con emisión de fotón único* o SPECT permite obtener, al igual que la PET, imágenes funcionales, no estructurales, del cuerpo, al hacer rotar un dispositivo detector de fotones alrededor del cuerpo con el fin de coleccionar datos desde múltiples ángulos; de este modo se localiza la posición y la concentración de la sustancia radiactiva inyectada (Tecnecio-99m y Talio-201) que es la que emite los fotones únicos en el seno de los tejidos.

Las *técnicas escintigráficas*, que utilizan para diseñar imágenes corporales las emisiones de material radiactivo que se concentra selectivamente en determinados tejidos.

Las *técnicas endoscópicas*, con las que se consigue una penetración visual muy profunda en cavidades hasta ahora vedadas a la observación directa y a la obtención de imágenes.

Todos estos procedimientos, disponibles hoy para el *diagnóstico icónico*, ejercen una enorme influencia en

la práctica de la Medicina y, desde luego, en las capacidades de la *mirada médica* cuando es aplicada sobre el *cuerpo*: permiten, en primer lugar, «localizar» la lesión asociada con la enfermedad y, en segundo lugar, seguir «visualmente», en «tiempo real», los procesos fisiológicos y fisiopatológicos en un *espacio corporal transparente*.

La *transparencia* casi total del cuerpo del paciente, contemplado como *objeto*, mediante la aplicación en la *clínica* de las modernas tecnologías «visuales», puede acarrear contrapartidas negativas para una relación óptima entre el paciente y su médico si abre el camino al distanciamiento entre ambos, con la consiguiente despersonalización de este encuentro.

El cuerpo, bajo la mirada médica, desde la lejanía

A finales del siglo XX, gracias a las nuevas *tecnologías de la comunicación* y a la correspondiente *revolución digital*, el alfabeto original y sus lenguajes se han ampliado y han dado lugar en la *red global* de Internet a un *lenguaje multimedia* que, por primera vez en la historia, integra en el mismo sistema -el *hipertexto*- las modalidades escrita, oral y audiovisual de la comunicación humana.

Si se tiene en cuenta que en la *relación paciente-médico* lo que se intercambia entre ambos es *información* y *conocimiento*, y que la información incluye las palabras con las que relata el paciente su historia, la historia que escribe el médico y una serie de imágenes -entre ellas la *imagen virtual del*

paciente para la mirada médica- no es de extrañar que las modernas *tecnologías de la comunicación* hayan propiciado un nuevo tipo de relación entre el paciente y su médico desde distancias remotas, con los dos protagonistas del encuentro alejados físicamente, mientras se transmiten desde la lejanía palabras e imágenes: el *cuerpo vivo* del paciente, desde la lejanía, sigue siendo *objeto*, ahora *digitalizado*, para la *mirada médica*. Estamos en la era de la Telemedicina¹⁴.

La mirada médica en el siglo XXI

¿Qué se entiende por *mirada médica* en el siglo XXI? ¿Cuáles son, desde la altura de este siglo recién iniciado, las funciones que cumple *la mirada médica*, en una época en la que el discurso dominante es el *modelo biomédico* (específicamente centrado en el *espacio corporal* del paciente donde se supone que asienta la enfermedad), discurso que trata de ser equilibrado, en lo que pueda ser su expresión más radical, por el *modelo biopsicosocial* (centrado en el malestar o sufrimiento personal del cuerpo enfermo)? ¿Cuáles son los beneficios y los riesgos para el paciente, como persona «incorporada», de la enorme penetración tecnológica de la que ha sido dotada la primaria y errante *mirada médica* que ha convertido al *cuerpo* en casi *transparente*? ¿Hasta qué punto la nueva *mirada médica* sobre el *cuerpo humano* sigue siendo fragmentada y despersonalizada?

La *arqueología* de lo que en este texto se entiende como *mirada médica* comienza con la indagación histórica de Foucault sobre el *nacimiento de la clínica*, en la que utilizó la expresión francesa «*le regard médical*». En el ámbito cultural anglosajón, en el que las reflexiones del filósofo francés han tenido y continúan teniendo una gran influencia -muy restringida, de manera extraña, en nuestro país- *le regard médical* se ha convertido en *the medical gaze*.

Gaze -*mirada*- es un término técnico muy utilizado por la teoría cinematográfica feminista en la década de los años 70, cuyo uso se ha extendido a otros campos teóricos de la *mirada*, concretamente a la *mirada médica*. El término inglés *gaze* implica, más allá del simple *ver* (*to look* o *to see*), un *modo de ver* que refleja la aplicación a lo que se está viendo de un particular código interpretativo, un código oficializado y dominante, frente a otras interpretaciones alternativas. La *mirada* (*the gaze*), si nos atenemos a esta definición, pone de manifiesto, además, una relación psicológica de *poder* del que mira sobre el *objeto* mirado, dado que el que mira (*the gazer*) se considera y se comporta como superior al objeto de la *mirada*.

Para la *mirada médica* el *cuerpo humano* es, sin duda, el *territorio personal de la enfermedad*. Los *cuerpos humanos*, por el hecho de ser intrínsecamente *deteriorables* y *vulnerables* -lo son incluso durante la organización de su *genoma*- soportan malformaciones, padecen enfermedades, son heridos, aquejan dolores inexplicables para la *mirada médica* y sufren como personas. Por todo ello, los *cuerpos*, más tarde o más temprano, se convierten en *objetos* de la *mirada* diagnóstica y de la pretensión terapéutica del *médico* o de la penetración invasiva del *cirujano* en su territorio corporal con propósito de curación o alivio.

La *mirada médica* debe ser un *mirar* el *cuerpo* sin prisas, con fijeza; es un esfuerzo de entendimiento crítico de lo que sucede en la geografía de su superficie¹⁵, en su interioridad anatómica y, desde luego, en su comportamiento personal. La *mirada médica* se contrapone al simple *ver* el *cuerpo* del paciente, a una *breve ojeada* confirmativa de lo que se dice en los textos e incluso a una rápida *mirada*, a una *mirada acrítica*, similar a las expresiones *first glance*, *coup d'oeil* y a *simple vista*.

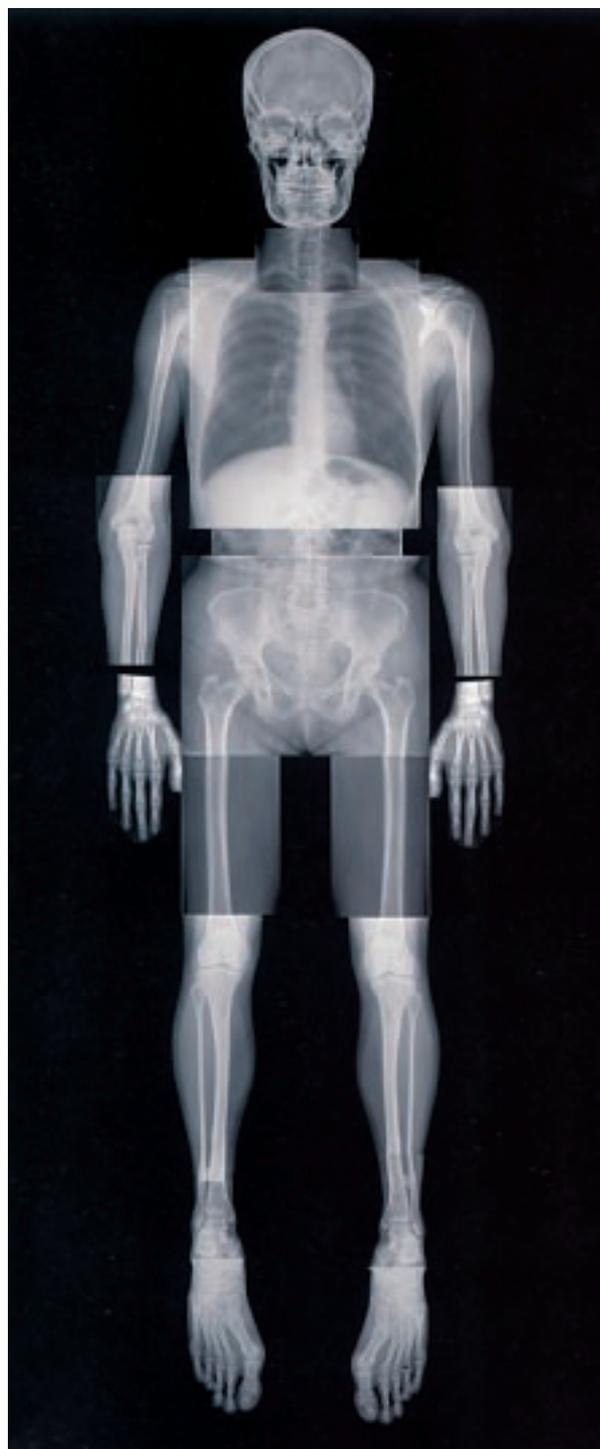


Figura 6.

La *mirada médica* observa el cuerpo que requiere su ayuda -un espécimen biológico pero con una *historia personal* allí «encarnada»- con una *mirada* que, siempre que sea posible, debe ser orientada, en su despliegue minucioso por la geografía corporal y por sus profundidades, por los datos revelados en la narración del paciente en su inicial solicitud de ayuda. Pero la *mirada médica* es bastante más que un *ver* con detenimiento; lo que entendemos integradamente por *mirada médica* posee una estructura plurisensorial: es

**Es a partir del año 1895,
con el descubrimiento por W. K.
Roentgen de los rayos que llevan
su nombre, cuando el cuerpo vivo
del paciente comienza a hacerse
progresivamente «transparente» a
la mirada médica.**

una «mirada» que toca, que escucha al paciente y que, además, «ve» atentamente, sin prejuicios.

¿Qué *mira* o qué *debe mirar* el médico en el *cuerpo* del enfermo? En primer lugar -porque «la vista llega antes que las palabras» (J.Berger)- su *mirada* y, en segundo lugar, su espontánea expresión corporal, su comportamiento inicial. Tras el primer encuentro, que debe tener una *estructura narrativa* bidireccional -la *narración* que hace de su padecimiento el *cuerpo* que sufre y la *historia* que escribe el médico- la *mirada médica* se despliega por el *cuerpo* presuntamente enfermo, por su geografía corporal, para inmediatamente proceder a seleccionar aquellos territorios de la interioridad del espacio corporal a los que, mediante la moderna potenciación tecnológica, puede convertir hoy en casi *transparentes*.

El *cuerpo* se comporta ante la *mirada médica* como *objeto* semiótico, como un «texto» escrito con diversos lenguajes que se complementan, si son bien conjugados: sus gestos, sus palabras, sus posturas, su modo de moverse; en suma, la *mirada médica* se fija en el *cuerpo* entendido como una *representación* personal.

La *mirada médica*, cuando se aplica sobre el cuerpo aparentemente sano, es una *mirada normalizadora*. Una *mirada* que exhibe el *poder* de la Medicina para definir, desde variados puntos de vista, a un *cuerpo humano*: compara las características del *cuerpo* que *mira* con unos cánones de *normalidad*¹⁶, lo pesa, lo mide, lo analiza y lo interpreta como *normal* o *anormal* en su estructura, en sus funciones y en su comportamiento personal.

El *cuerpo* -esté herido, enfermo, envejecido o moribundo-, cuando necesita ser introducido en el espacio hospitalario bajo los cuidados de la *mirada médica*, donde ésta se transforma en panóptica, se convierte en un *cuerpo* permanentemente vigilado, día y noche. Bajo la *mirada médica* el *cuerpo* queda

expuesto al dominio de un *poder ordenador* que, en principio, y sin el control de las debidas exigencias éticas, puede comportarse o aparecer como omnímodo. La *mirada médica* sobre el *cuerpo objeto/sujeto* puede aparecer, en estas circunstancias, como intimidante, hegemónica y motivo de preocupación para la *persona* «incorporada», aunque pretenda sinceramente ser tranquilizadora e incluso compasiva.

La *mirada médica*, que antes sólo se desplegaba sobre mínimos fragmentos de la superficie del cuerpo, en su mayor parte oculto, ahora es una mirada que tecnológicamente fragmenta el cuerpo, lo desmenuza, lo despieza, lo secciona digitalmente en rodajas, hasta convertirlo en un puzzle corporal. En la Medicina moderna, con su progresiva especialización, la *fragmentación del cuerpo hasta límites extremados* se produce tanto en su historia clínica como en las imágenes digitalizadas de su geografía corporal.

Pero lo que se entiende hoy como *mirada médica*, sobre todo en el mundo occidental, ha desbordado los límites individuales del médico que *mira* a un cuerpo -sano, enfermo, herido o envejecido- y se ha transformado en una *mirada médica* institucionalizada y poderosa, estructurada en organizaciones y sistemas, con una fuerte presencia en los ámbitos social, cultural, económico y político. Al poder de la *mirada médica individual* se superpone hoy el poder hegemónico de numerosos colectivos de *miradas médicas*, sean *corporativos*, *nacionalizados* o *globalizados*.

Tanto la *mirada médica corporativa* (corporaciones médicas, sociedades de asistencia sanitaria) como la *nacionalizada* (Servicios Nacionales de Salud) y la *globalizada* (Organización Mundial de la Salud) han desplazado en gran parte el acento de sus preocupaciones y esfuerzos de la lucha contra la *enfermedad* al mantenimiento de la *salud* del *cuerpo*, entendida esta *salud* como «un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad»; es decir, la *mirada médica* pretende ser tanto *preventiva* como *curativa*.

La *mirada médica globalizada* en la *sociedad de la información y del conocimiento*, en la *sociedad en red*, tiene el *poder* de vigilar la eclosión de brotes y epidemias de enfermedades, conocidas o emergentes, de señalar directamente a los cuerpos contaminados o infectados que deben ser aislados espacialmente de los otros cuerpos, e incluso de cerrar determinados territorios al tráfico de cuerpos viajeros.

**La mirada médica debe ser un
mirar el cuerpo sin prisas, con
fijeza; un esfuerzo de
entendimiento crítico de lo que
sucede en la geografía de su
superficie, en su interioridad
anatómica y en su
comportamiento personal.**

Consciente de la enorme *brecha digital* que separa a las tierras de este mundo globalizado y a los *cueros* que en ellas viven o malviven, la *mirada médica globalizada* (la OMS, como ejemplo) trata de combatir, hasta ahora no con el éxito deseable, la pobreza extrema, la que incrementa enormemente la malnutrición y la vulnerabilidad de los *cueros* y, paradójicamente, al otro lado de la *brecha*, a los abusos en la nutrición de las sociedades muy desarrolladas, responsable de estados epidémicos que condicionan excesiva vulnerabilidad, como la obesidad.

Más allá del *poder normalizador*, en nuestro tiempo la *mirada médica* promueve o acepta acriticamente cambiantes propuestas estéticas de nuevos diseños corporales que implican y justifican la continuada *modificación del cuerpo*¹⁷. Bajo el poder de la *mirada médica*, en parte *mercantilizada*, el *cuerpo*, considerado como simple objeto visual, termina convertido en *cuerpo «medicalizado»* y en *cuerpo/espectáculo mediático*¹⁸.

La *mirada médica*, individual o colectiva, debe ser una mirada justa y compasiva, que se fundamente, antes de proceder a la exploración del *cuerpo*, sobre una *relación narrativa*, bidireccional, entre el *cuerpo* (con su *historia personal*) y el médico que lo *mira* (con su *lectura* de esta historia), siempre desde el respeto a los cuatro principios básicos de la bioética: *beneficencia*, *no maleficencia*, *justicia* y *autonomía*. En este encuentro entre la *mirada médica* y el *cuerpo* del paciente con su *historia personal* deben intercambiarse dos tipos de *conocimientos*, ya que «ambos son expertos en su propio campo: el médico en los problemas clínicos y el paciente en su experiencia de la enfermedad y en sus sentimientos, miedos, esperanzas y deseos»¹⁹.

La relación ideal entre la *mirada médica* y el *cuerpo* del paciente es aquella en la que, manteniéndole suficientemente *informado* de lo que le ocurre, optimiza los buenos efectos de la acción médica *-beneficencia-*, mientras que los efectos indeseables de esa acción *-maleficencia-* son minimizados, y todas las decisiones son tomadas por el médico con respeto a la *autonomía* del paciente quien, liberado del antiguo paternalismo, se comporta como un asociado en un pacto de confianza mutua, y también en armonía con la salud pública *-justicia*.

Referencias bibliográficas

1. Pera C. El cuerpo y sus identidades. *JANO*, vol. LXII, nº 1.418, 2002.
2. Mulvey L. *Visual Pleasure and other pleasures*. Bloomington: Indiana University Press, 1989.
3. Pera C. Cuerpos enfermos. *JANO*, vol. LXIII, nº 1.448, 2002.
4. Pera C. Cuerpos heridos. *JANO*, vol. LXII, nº 1.427, 2002.
5. Pera C. De la vejez del cuerpo. *JANO*, vol. LXIII, nº 1.443, 2002.
6. Pera C. *El cuerpo herido. Un diccionario filosófico de la Cirugía*, Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona, 1998.
7. Pera C. La primera mirada al interior del cuerpo humano en el Renacimiento. *Cuadernos Hispanoamericanos*, 620, Febrero, 2002.
8. Foucault M. *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard medical*. Paris: PUF, 1975.
9. Elias N. *The Civilizing Process*. Revisited Edition. Oxford: Blackwell Publishing, 2003.
10. Porter R. *Bodies Politics*. London: Reaktion Books, 2001.
11. Pera C. La intimidad del cuerpo. *JANO*, vol. LX, nº 1.375, 2001.
12. Maygrier JP. *Nouvelles démonstrations d'accouchements*. Paris: Béchet et Labé, 1840.
13. *Unter die Haut, eine Reise durch den menschlichen Körper*. München: Deutsche Museum Katalog, 1999-2000.
14. Pera C. *El Humanismo en la relación médico-paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina*. Barcelona: Fundación Salud, Innovación, Sociedad (Novartis), 2001.
15. Pera C. El cuerpo y sus metáforas geográficas. *JANO*, vol. LXI, nº 1.413, 2002.
16. Canguilhem C. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1975.
17. Davis K. *Reshaping the female body*. New York: Routledge, 1995.
18. Pera C. El «arte carnal» de Orlan y su intromisión en el campo quirúrgico. *JANO*, vol. LXI, nº 1.410, 2001.
19. Kennedy I. Patients are experts in their own field. *BMJ* 2003;326:1276.

CUERPO, CALOR Y DOLOR EN EL PENSAMIENTO ANTIGUO DE LA INDIA

ÓSCAR PUJOL

Director de Programes Educatius. Casa Àsia. Barcelona
(Espanya)



Estudió sánscrito (B.A., M.A., Ph.D.) en la Banaras Hindu University de Benarés. Se doctoró también por la misma Universidad en el año 1999 con una tesis sobre manuscritos gramaticales del siglo XII. Desde 1993 está preparando el primer diccionario Sánscrito-Catalán. Ha publicado más de una treintena de artículos y traducido varios libros del sánscrito al español, entre los que cabe destacar *Los Cincuenta Poemas del Amor Furtivo*, *Himno a la Tierra* y, en colaboración con Chantal Maillard, *Rasa: el placer estético en la India*. En la actualidad es Director de Programas Educativos de Casa Asia, en Barcelona.

Resumen

El concepto de cuerpo es de una importancia capital en el pensamiento de la India antigua. Su importancia se remonta a la preeminencia del sacrificio y al papel que la víctima tiene en el mismo. Por influencia de la metafísica sacrificial la especulación en torno al cuerpo se efectúa a distintos niveles.

Otra característica importante de la especulación india sobre el cuerpo es que los distintos puntos de vista están interconectados y se pueden establecer claras analogías entre el concepto del cuerpo en la arquitectura, en el arte, en el yoga, en la lucha, etc.

Por otro lado, hay una estrecha conexión entre cuerpo y dolor. En un primer momento el cuerpo es dolor, pero se trata de transmutar el cuerpo mortal y finito en un cuerpo reconstituido listo para la inmortalidad. En la lógica del sacrificio esto se efectúa mediante un proceso de cocción de la ofrenda sacrificial.

Los paralelismos entre el sacrificante, que ha de reconstruir un cuerpo y hacerlo apto para que destile el néctar de la ofrenda, y el artista, que tiene que recrear una forma y llenarla de jugo estético, son muy frecuentes en la literatura.

Palabras clave: Cuerpo. Dolor. Hinduismo. Sacrificio. Ascetismo. Yoga.

Abstract

BODY, HEAT AND PAIN IN THE ANCIENT THINKING OF INDIA

The concept of the body has a great importance in the thinking of the Ancient India. Its importance goes back to the preeminence of the sacrifice and the role that the victim plays in it. The speculation about the body is made at different levels by the influence of the sacrificial metaphysics.

Another important feature of the Indian speculation about the body is that the different points of view are interconnected and can establish fair analogies among the concepts of the body in the architecture, in the art, in the yoga, in the fight, etc.

Appart from this, there is a narrow connection between body and pain. At the beginning, the body is pain; but then it comes to transmutate the finite and mortal body into a reconstituted one, ready for immortality. In the logics of sacrifice, this is made through a boiling process of the sacrificial gift.

The parallelisms between the sacrificer, who has to reconstruct a body and make it apt, so that it can distil the nectar of the gift, and the artist, that has to recreate a shape and fill it with aesthetic juice, are very frequent in the literature.

Key words: Body. Pain. Hinduism. Sacrifice. Ascetism. Yoga.

Introducción

El concepto de cuerpo es de una importancia capital en el pensamiento de la India antigua y quizá su importancia pueda remontarse a la preeminencia del sacrificio y al papel que la víctima tiene en el mismo. El cuerpo de la víctima, el que es atado al poste sacrificial, y la centralidad de la ofrenda favorece la identificación del cuerpo con el sacrificio mismo (*śarīram yajñah*). El sacrificio, por otro lado, especialmente a partir de los *brāhmaṇas*, se convierte en la forma de explicar la creación del mundo y de entender la relación que los distintos niveles de la realidad guardan entre sí. Habrá, pues, una multiplicidad de cuerpos que responderán a los distintos grados de manifestación del principio informal que está en la base de la creación. Cada cuerpo corresponderá a una forma determinada, dándose ya la correlación entre cuerpo y forma que es esencial para entender el papel del concepto de cuerpo. También será necesario mencionar el concepto de *puru* (a entendido como el cuerpo del gigante cósmico, la forma esencial, el cuerpo básico que se desmembrará para producir el mundo, la multiplicidad de formas y cuerpos. De hecho, el *puruṣa* es un multicuerpo. El gigante cósmico es omnicorporal, ya que tiene mil pies, mil cabezas, mil ojos y es omniabarcante, ya que incluye todos los cuerpos del universo. El número mil indica aquí la multiplicidad ilimitada de todos los cuerpos posibles. Por otro lado, las formas concretas de nuestra creación material surgirán a partir del cuerpo de este Hombre Universal:

La luna nació de su mente. El sol nació de sus ojos; de su oído el aire y el aliento. De su boca nació el fuego. De su ombligo [surgió] el mundo intermedio. De su cabeza surgió el cielo, de sus pies la tierra, de sus oídos los puntos cardinales. Así pues se formaron los mundos. (Rgveda X. 90).

Hay que tener en cuenta que toda la metafísica del sacrificio gira en torno a un juego de identificaciones entre los distintos niveles de la realidad que se pueden articular en relación a distintos ejes. Por ejemplo, a lo largo del eje macrocósmico y microcósmico lo que producirá paralelismos entre la geografía del cosmos y la anatomía humana. Pero también a lo largo del eje que va de lo más sutil a lo más denso, siendo la corporalidad máxima la del estado tosco material, la expresión más elevada de la solidez corporal que encierra dentro de su forma física los distintos forros o revestimientos que conforman su núcleo.

Cuerpo y pensamiento

Dentro de estos diferentes niveles el primer cuerpo sería el constituido por el alimento y que se identifica con el cuerpo físico: un saco de sangre, huesos, carne, médula, tendones, vísceras, etc. El segundo cuerpo será el cuerpo de aire vital (*prāṇa*) que vitaliza al cuerpo anterior y le proporciona la capacidad de acción, haciéndose cargo de sus funciones metabólicas. Hay que tener en cuenta que este segundo cuerpo ya no pertenece al estado tosco de la manifestación, sino al estado sutil y por lo tanto no puede identificarse con ninguna de las partes de la anatomía humana y ha de

El concepto de cuerpo es de una importancia capital en el pensamiento de la India antigua.

entenderse mejor como una corriente de energía que circula por el cuerpo y condiciona sus respuestas físicas.

En otro círculo más interior encontramos el cuerpo hecho de mente, el que se encarga de las comunicaciones entre el cuerpo y el mundo exterior mediante la percepción sensorial y la primera elaboración de los datos sensoriales por la mente. Sin embargo, para que este cuerpo sea capaz de conocer precisa todavía de un cuerpo más interno, que pertenece también al estado sutil, llamado el cuerpo de conocimiento, formado por el depósito de impresiones latentes que configuran la personalidad del individuo y por la facultad de conocer. Esta facultad de conocer está estrechamente relacionada con la capacidad de identificar el sujeto con el predicado de una proposición y por tanto tiene la virtud de unir dos cosas claramente diferentes en un solo concepto llamado proposición. Por un lado la *buddhi*, esta facultad de conocer a la que nos estamos refiriendo, es la que aparea la percepción sensorial de una mesa con el universal mesa almacenado en el depósito de nuestras impresiones latentes y nos permite el conocimiento de la mesa como un objeto distinto de los otros objetos que no pertenecen a la clase mesa.

La *buddhi* es, por tanto, el motor del conocimiento analítico y el fundamento de la razón. Por otro lado, esta capacidad de unir el sujeto con el predicado le viene dada por el hecho de ser un reflejo de la luz de la conciencia, conciencia no dual que, sabiéndose origen de toda la diversidad, contempla la unidad de las cosas en sí misma. Por tanto, otra de las funciones de la *buddhi* será reestablecer las conexiones entre el cuerpo que se sabe autónomo, diverso e individuado, y la conciencia originaria de la cual emana y de la cual constituye, por decirlo de alguna manera, una simple solidificación. Este cuerpo hecho de conocimiento cumple la función de agente y es el que transmigra de un cuerpo a otro cuerpo llevando consigo en el depósito de las impresiones latentes toda la información que constituye, en cierto modo, sus señas de identidad.

Si este cuerpo de conocimiento es el agente, aquello que otros llamarían el alma, el cuerpo anterior,

El concepto de cuerpo puede ser aplicado transversalmente a lo largo de todos los ejes de correspondencias que articulan las relaciones entre los distintos niveles del mundo.

el de la mente, será el instrumento mediante el cual este agente puede entrar en relación con el mundo. Pero hay aún un quinto cuerpo. Se trata del cuerpo del gozo, que representa el cuerpo causal de los seres y que a nivel microcósmico contiene la semilla del individuo y a nivel macrocósmico la semilla del universo. El individuo accede a este quinto cuerpo durante el sueño profundo y este ingreso en su estado causal para recargarse de gozo es necesario para su continuidad y permanencia en el mundo de la vigilia y en el mundo de los sueños. Si todos los componentes de la individualidad se disuelven durante el estado de sueño profundo, del mismo modo todos los fenómenos del universo se disuelven durante el sueño profundo del creador, la noche de Brahmā, en la que el demiurgo cae profundamente dormido, arrastrando con su sueño a toda la creación entera que se reabsorbe en el estado causal del mundo, la primera

distintos niveles del mundo. Esta transversalidad implica también una interconectividad que se traduce en una interdependencia: lo que le suceda al cuerpo físico tendrá su repercusión en el cuerpo sutil, que a su vez afectará la composición seminal del cuerpo causal. Cambios en el cuerpo causal afectarán al cuerpo sutil que a su vez afectarán al cuerpo físico. Esto es de fundamental importancia para el entrenamiento del cuerpo físico en las artes indias como el teatro y la danza, o también para las artes marciales indias conocidas como *kalarippayattu*.

En estos casos se establece una correlación entre los movimientos corporales y sus correspondientes formas emotivas que pertenecen al paisaje interior dibujado por la mente. Cada movimiento, cada postura, incluso cada arma en la lucha, tiene su vida interior que



Bailarina. Una de las posturas básicas de la danza en la que la artista representa mediante gestos de las manos o mudras la flor abierta del loto.

forma de lo sin forma: la semilla. Esta semilla, este estado germinal, corresponderá en las artes plásticas al punto del cual emerge la línea: el cuerpo divino del creador antes de que se fracture para crear la diversidad. Por encima de estos cinco cuerpos hay todavía un estado más allá de lo diferenciado y de lo indiferenciado, más allá de la forma y de lo informe, que es llamado el estado incorpóreo (*aśarīra*).

Como ya hemos apuntado anteriormente, lo interesante de esta concepción es que expande la idea de cuerpo a través de todos los estados posibles de existencia, rebasando el ámbito meramente material e incluso sutil. El concepto de cuerpo puede así ser aplicado transversalmente a lo largo de todos los ejes de correspondencias que articulan las relaciones entre los

ha de ser manifestada en la representación. Es muy importante el concepto de postura corporal, especialmente las que se remiten a formas animales y que encarnan las cualidades más predominantes de estos animales. El actor, o el luchador, ha de imbuirse mentalmente de las cualidades de esos animales y en un estado de completa absorción, cuando todo el cuerpo se convierte en ojos, representarlo corporalmente de la mejor forma posible. La expresión «cuando el cuerpo se convierte todo él en ojos»¹, es una expresión utilizada por los maestros indios de *kalarippayattu*, el arte marcial de Kerala, e indica el grado de máxima atención corporal, cuando gracias al entrenamiento riguroso, todo el cuerpo está en estado de alerta intuitivo, como el de los animales en la selva, que le permite reaccionar con una gran rapidez ante cualquier ataque.

Otra característica importante de la especulación india sobre el cuerpo es que los distintos puntos de vista están interconectados, quizá por basarse todos ellos finalmente en el mapeo simbólico del sacrificio realizado durante la época de los *brāhmaṇas*. Así, podríamos establecer analogías entre el concepto del cuerpo en la arquitectura, en el arte, en el yoga, en la lucha, etc.

Por otro lado, es preciso tener en cuenta la circularidad de la noción del sacrificio que favorece la explicación de la creación del cuerpo del universo como



Hombre Cósmico. Una imagen del hombre cósmico donde se muestra el paralelismo entre las divinidades representadas en la parte superior del torso y las facultades anímicas (gusto, vista, intelecto, etc.) representadas en la parte inferior.

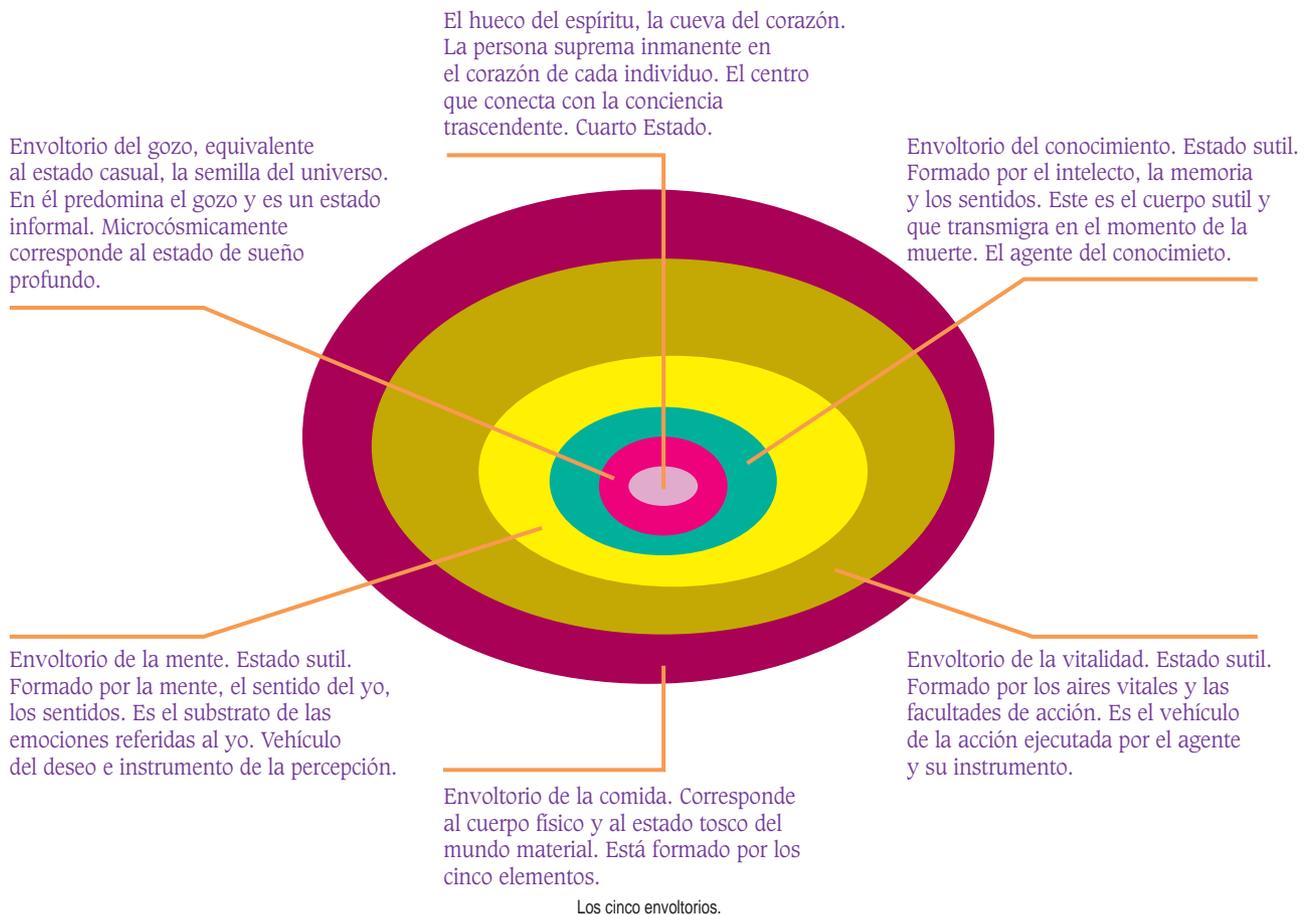
un proceso reflexivo que lleva desde la totalidad hasta el fragmento y del fragmento a la totalidad. Lo interesante de este proceso es que la totalidad partida penetra en cada uno de los fragmentos, de manera que el fragmento contiene dentro de sí toda la totalidad que puede ser reconstruida, entendida o vivida a través de cada uno de sus fragmentos.

Mitología y visión cósmica

La primera forma, el *purusa*, es el cuerpo cósmico que se parte y cuyos fragmentos constituyen los seres diversos. «La mitología india imagina la creación del mundo a partir del cuerpo de un gigante cósmico. El descuartizamiento de ese gigante cósmico, llamado *puru(a)* o Hombre Universal, produce la multiplicidad del mundo. El cuerpo unitario y primordial del cosmos se entrega como ofrenda a la multiplicidad. La deidad unitaria se sacrifica a sí misma y el fruto de este sacrificio es precisamente la maravillosa multiplicidad del mundo. La rotura original de la unidad implica un cierto tipo de violencia. El precio a pagar por esta violencia es la presencia insidiosa del dolor en el seno de la creación. Este dolor es una forma de carencia: la distancia que separa las distintas partes que surgen de la unidad. La explosión del núcleo en una galaxia de mil formas diferenciadas comporta una tensión en la quietud de la unidad primera. Por este motivo se instaura el sacrificio humano, como una réplica invertida del sacrificio divino. Los sacerdotes en el curso de sus rituales pretenden en cierta forma restaurar las fisuras en el cuerpo de este gigante cósmico a fin de evitar su disgregación final y permitir que la creación continúe. Se trata de evitar el desmoronamiento de lo creado en el caos. En el primer sacrificio lo uno se hace múltiple. En el segundo sacrificio lo múltiple se hace uno. El primer sacrificio implica una proyección; el segundo una reabsorción o concentración. El ejemplo paradigmático del primer sacrificio es la creación del universo. El ejemplo paradigmático del segundo sacrificio es el acto contemplativo, la convergencia (*samādhi*) de las facultades sensoriales e intelectuales en un único punto (*ekāgratā*), que por ser único deja de ser punto. Es decir, deja de ser espacio localizable, para ser no-espacio, utopía. El acto contemplativo puede ser meditativo, estético o bien surgir en el momento más inesperado de la vida cotidiana»².

La construcción del altar sacrificial implica pues la reconstrucción del cuerpo partido del Hombre Universal al inicio de la creación. Encontramos, pues, una vez más la ambivalencia simbólica del cuerpo en el pensamiento indio. Hay un cuerpo para consumir, para

«La mitología india imagina la creación del mundo a partir del cuerpo de un gigante cósmico. El descuartizamiento de ese gigante, llamado *puru(a)* o Hombre Universal, produce la multiplicidad del mundo.



destruir, para alimentar al otro, para crear al otro. La destrucción de este cuerpo es necesaria para la vida, pero hay una tensión agónica en este esfuerzo que de ser unidireccional llevaría a la imposibilidad de la creación. Por ello se instaura el otro sacrificio que busca reunir lo disperso y que hace de la reconstrucción de ese cuerpo fragmentado su mayor tarea.

El punto de partida, tanto en filosofía como en arte, es el momento después del desastre, tras la rotura del cuerpo inicial, al alba del mundo, cuando los fragmentos que acaban de nacer se reconocen perplejos en su absoluta diversidad sin guardar recuerdo alguno de su unidad anterior. Se han creado los seres: cuerpos físicos dotados de movimiento neumático gracias a su envoltorio de aire vital y capaces de recoger las impresiones externas mediante unos canales o puertas llamados sentidos que proporcionan datos a la mente, que es capaz de procesarlos y de elaborar información en relación a un yo dotado de conciencia.

Dolor, creación, arte

El primer resultado de la creación del cuerpo es el dolor. El cuerpo es dolor, ya que en un primer momento se ve atenazado por su propia limitación, fragmento huérfano del todo, incapaz de sostenerse a sí mismo. Nada más nacer el cuerpo se ve limitado por su propia falta de autonomía, se ve circundado por el Hambre, por la Muerte, como si el cuerpo fuese la forma física de la

muerte: la muerte cobrando vida en la palidez del cadáver. Para superar definitivamente la carencia propia del cuerpo finito y alcanzar un cuerpo reconstituido es necesario bucear hacia el centro mismo de lo fragmentado para hallar allí el corazón del todo y sacarlo a la superficie. Ésta era en suma la tarea del sacrificante: construir un cuerpo nuevo mediante el esfuerzo del acto sacrificial. Este esfuerzo genera calor, calor que cocina el cuerpo crudo antiguo y lo convierte en un cuerpo cocido, como acero templado, que resiste los embates del dolor situándose por encima de toda alternancia.

Es el dolor, como corporalidad, el que empuja también al filósofo a filosofar. Es el golpetazo de los tres tipos de dolor el que provoca la primera reflexión dentro de la naturaleza de este dolor y de su posible superación. El ser humano puebla un espacio acotado: la casa común de la experiencia humana (*vaiśvanara*), aquello que llamamos mundo objetivo, el coto no vedado de la vida en donde se cazan los objetos de consumo con las armas de los sentidos y en donde se reconoce la presencia insidiosa del dolor. La filosofía se hace desde este espacio acotado y precisamente como respuesta y remedio a esa presencia dolorosa. La filosofía, al menos en la India, arranca, pues, de una preocupación pragmática, pero aspira a cruzar el umbral de ese espacio acotado por el principio de contradicción. La filosofía sirve para mitigar el dolor, para curar la enfermedad de la tristeza. La filosofía es una medicina y

el filósofo, al igual que el médico, empieza con una constatación y acaba con una terapéutica: 1) algo duele, el dolor existe (*duḥkha*); 2) el dolor tiene un origen, pues existe, un motivo, una causa (*duḥkhasamudaya*); 3) y puesto que todo lo que tiene un origen tiene también un final, todo lo causado desaparece cuando su causa deja de ser operativa; el dolor ha de tener también un final, un remedio y, por tanto, 4) existe un método, una terapia para acabar con el dolor (*duḥkha-nirodha-gāminī pratīpat*).

El proceso de cocción es el método para acabar con el dolor. El proceso de cocción es doloroso, pero sirve para superar el dolor, para quemarlo definitivamente. El secreto está en aceptar el dolor, en sufrirlo sin padecerlo, en la entereza, en tener una buena base de asentamiento (*pratiṣhā*), en causar dolor al dolor, en cocinarlo con el fuego del ascetismo para convertirlo en agua del conocimiento, en néctar. En el sacrificio védico la cocción es imprescindible para purificar la ofrenda y que ésta sea digna de los dioses y de los sacrificantes.

El proceso de cocción se describe con detalle en el caso del sacrificio del caballo. Los sacerdotes deben cocinar la víctima con precaución para purificar las partes impuras, de modo que el hedor de la carne del cadáver se convierta en el perfume de la carne asada. Es el cambio de perfume lo que indica al sacrificante que la cocción se ha realizado correctamente. La carne del caballo sacrificado deja de ser un trozo de materia inerte para transformarse gracias al fuego en una ofrenda purificada y efectiva que tendrá su resultado en el fruto del sacrificio. El fuego cumple así dos funciones. Por un lado consume la parte impura, y en este sentido es llamado comedor de cadáveres, y por otro lado es el que imparte la nueva cualidad en el cuerpo de la ofrenda, o del sacrificante, energetizando a la víctima para reconstruir su cuerpo divinizado gracias a la transformación operada por el ritual.

Lo mismo sucede con el artista que utiliza el lenguaje de la forma no para recrear un mundo de apariencias, sino para subvertir las apariencias del mundo y dejar al descubierto su trampa y su belleza. Una vez más se trata de refinar el cuerpo crudo de la forma no artística en el cuerpo cocido de la materia del arte. La ambivalencia del cuerpo es siempre la clave: o bien puede ser una bolsa llena de excrementos, mucosidades y secreciones impuras, o bien puede ser un cuerpo lleno de rasa, de ambrosía, del néctar de la inmortalidad. En el teatro es justamente la

En la práctica de la danza, el yoga o las artes marciales son las posturas básicas las que el luchador o el artista ha de procurar reproducir para imbuirse de las cualidades que ellas representan y encarnarlas en la práctica.

El cuerpo es dolor, ya que en un primer momento se ve atenazado por su propia limitación, fragmento huérfano del todo, incapaz de sostenerse a sí mismo.

transmutación de la emoción ordinaria en emoción estética lo que se busca, creando así tanto en el espectador como en el actor un cuerpo infuso de rasa, rebosante de néctar, que supera las limitaciones de la vida cotidiana y es capaz de gustar el placer no ordinario de la experiencia estética.

Los paralelismos entre el sacrificante, que ha de reconstruir un cuerpo y hacerlo apto para que destile el néctar de la ofrenda, y el artista, que tiene que recrear una forma y llenarla de rasa son muy frecuentes en la literatura. El escultor, por ejemplo, es comparado con el sacerdote oficiante no sólo por su capacidad de invocar a los dioses, sino también por su modo de operar. Todo el proceso de labrar la piedra está regulado como si se tratara de un ritual. El trazo de las primeras líneas y círculos es como las ofrendas arrojadas al fuego y se acompaña de las fórmulas litúrgicas apropiadas. Hay que escoger cuidadosamente el momento auspicioso para empezar la talla purificando la piedra cruda envuelta en hierba sacrificial con baños de leche y agua de yogur. Habrá que dibujar los puntos vitales (*marman*) de la figura en las intersecciones de las líneas y los círculos y tallar la piedra en conformidad a esos puntos. La perfección aquí buscada no es tanto la exactitud de la representación o la simple belleza física de las formas, sino la correspondencia entre las líneas estructurales y el carácter de la imagen divina. Al igual que en el sacrificio védico, los himnos estarán de acuerdo con la deidad invocada; de la misma manera, los diagramas compositivos previos a la representación de la imagen divina tendrán que respetar las características propias que evoca esa imagen a través de la justa proporción y la disposición adecuada de líneas y círculos.

Simbolismo e iconografía

El mismo tipo de limitación creativa sucede con la música, cuyo cuerpo esencial son las *ragas*, o estructuras ascendentes y descendentes de notas dotadas cada una de ellas de unas características emotivas determinadas. Y es que el concepto de cuerpo, sea físico, artístico o social, implica la idea de un límite orgánico que determina las reglas del juego. Violar las reglas que configuran la combinación de notas en el *raga* destruiría la carga emotiva y estética de la melodía. Del mismo modo, un error en el procedimiento de los actos rituales destruiría la eficacia del sacrificio, y un error en la composición del diagrama, en la disposición de sus líneas y círculos, haría que la imagen perdiese su capacidad de invocación y todo el resultado de la actividad artística sería infructuoso.

Todo esto presupone un conocimiento previo de las formas estructurales de estos diagramas (*ragas*, posturas corporales, procedimientos rituales, etc.) que corresponden a las fuerzas divinas que han de ser representadas. Del mismo modo, en la práctica de la danza, el yoga o las artes marciales son las posturas básicas las que el luchador o el artista ha de procurar reproducir para imbuirse de las cualidades que ellas representan y encarnarlas en la práctica.

En el *kalarippayattu* la postura del caballo combina la centralidad masiva de la fuerza con la rapidez y la capacidad de saltar repentina y vigorosamente hacia adelante. La serpiente, en cambio, ataca a su enemigo levantándose sobre su cola que permanece firmemente pegada al suelo. En esta postura puede atacar desde cualquier lado a su enemigo, girando sobre sí misma pero manteniendo siempre la cola bien pegada al suelo. La postura de la serpiente intenta imitar precisamente este tipo de ataque. El pavo real, en cambio, ataca con sus alas y sus plumas extendidas, el cuello alzado, mientras danza apoyado sobre una sola pata. Entonces se impulsa con las dos patas y ataca saltando y volando con toda su fuerza. Del mismo modo, en el yoga algunas posturas tienen nombres de animales correspondiendo en cierto modo al movimiento y a las cualidades de los mismos.

En todos los casos la ambivalencia del cuerpo está en su capacidad para ser tomado como una forma limitada encerrada dentro de su corporalidad o como un cuerpo, cocinado, templado, brillante como una vasija

de barro cocido, santificado, listo para la inmortalidad. En el primer caso, el cuerpo es el receptáculo del dolor, mientras que en el segundo caso es el receptáculo del néctar y por tanto del gozo. Para que esta transmutación sea posible es necesario que el cuerpo se cueza en el fuego del esfuerzo y se transfigure en un cuerpo divino.

En la *Chândogya Upaniṣad* hay un pasaje muy importante, pues en él se articula por primera vez el principio trinitario de los tres *guṇas*, energías o elementos básicos del universo, en el que la relación entre cuerpo, calor y creación se pone en evidencia de una forma muy gráfica. Al inicio de la creación el demiurgo, ante el deseo de ser muchos, se ejercita. Al ejercitarse produce calor corporal, simbólicamente el elemento fuego, y a causa del calor se pone a sudar, creándose el elemento agua. El agua a su vez produce el alimento, el elemento tierra. Al texto en cuestión le interesa establecer estos tres principios, que no pueden simplemente identificarse con los elementos, como los tres componentes básicos mediante cuya combinación se puede explicar toda la diversidad del mundo. El color del fuego es el rojo, el del agua el blanco y el de la comida el negro, prefigurando así los colores de los tres *guṇas*. Cada uno de estos tres elementos está asociado con una facultad fundamental del cuerpo. Así la mente está hecha de comida, el aire vital de agua y el habla de fuego o calor. El texto explica de la siguiente manera la formación del cuerpo a partir de estos tres elementos:



Buda ayunando: Una imagen expresiva del dolor corporal del dolor ascético o tapas. El Buda huyó de estos extremos y consideró que el dolor físico no era necesario para alcanzar la iluminación.

aceptación. «Sumo es el ascetismo cuando la enfermedad tortura al hombre», dice la *upanishad*. Si el dolor abrumba al hombre y lo hunde, es entonces como un fuego devorador de cadáveres que consume a la persona afligida hasta la muerte. Si, por el contrario, la persona es capaz de aguantar con alegría la mordida del dolor, entonces su cuerpo es cocinado por el fuego *jātavedas*, el que conoce a todos los seres nacidos, templándolo con su calor para que pueda ser partícipe de los estados de existencia más elevados.

Para cerrar estas reflexiones en torno al significado del cuerpo y del dolor en el pensamiento indio convendría recordar que la ambivalencia respecto al cuerpo responde también adecuadamente a condicionamientos históricos, pues hay constancia de dos actitudes diametralmente opuestas en la tradición india. Por un lado, hay que hacer constar la tradición que ensalza y diviniza el cuerpo como una ventana abierta desde la individualidad hacia el absoluto. Por otro lado, hay que notar la tradición que denigra el cuerpo como una atadura y una cárcel del alma, como un repositorio de inmundicias y enfermedades. Como dice un texto:

«No hay nada tan deplorable como el cuerpo, nada tan bajo, nada tan desprovisto de cualidades. El cuerpo es la gran casa del ego, el señor. En esta casa se encuentran, atados como si fuesen animales, los sentidos y en el patio de la casa danza frenético el deseo, mientras la mente contempla como si fuese un sirviente. No deseo ciertamente tal cuerpo. Un cuerpo hecho de sangre y carne abocado a la destrucción. Sólo el loco que considere como estable el relampagueo de las nubes otoñales o las líneas ilusorias de un espejismo podrá creer en la solidez de este cuerpo»³.

Por otro lado, la tradición tántrica, apoyándose en la actitud védica, se centra en la divinización del cuerpo como instrumento de visión divina:

Cuando en el cuerpo desaparece la tendencia a disiparse en la contemplación de los objetos externos, se pierde entonces el sentido de la limitación y lo único que queda es el néctar (rasa) gozoso de Siva. El cuerpo está lleno a rebosar con este néctar de Siva y contiene en sí mismo todas las 36 categorías de la manifestación. Quien lo contemple así día y noche se identificara finalmente con Siva⁴.

Deberíamos contemplar el cuerpo como si estuviese recorrido por todos los caminos del universo y maravillosamente coloreado por las transformaciones del tiempo. Contempla el cuerpo como la casa en donde vibran el espacio y el tiempo y la morada de las

El secreto del tapas, es decir, de la práctica del ascetismo, es la capacidad de aguantar el dolor con alegría y eso pasa por su aceptación.



Representación de los centros energéticos sutiles del cuerpo o Chakras. La ascensión de la kundalini, o la energía interna del ser viviente, se produce a partir del chakra más inferior y asciende verticalmente hasta salir disparada por la apertura de los mil pétalos, situada en la coronilla, cuando esta energía individual se funde con la energía universal produciéndose la superación de los límites marcados por la individualidad.

divinidades que residen en el interior del mundo. Se deberá meditar, adorar, satisfacer al cuerpo considerándolo de esta manera. El hombre totalmente absorto en esta contemplación se libera de las ataduras corporales⁵.

En los tantras se habla también de la identificación del universo entero con el propio cuerpo. Se produce así un estado en el cual se contempla todo el mundo exterior como si fuese una extensión de los propios miembros corporales: la silla como una extensión de las piernas, la mesa del pecho, el mundo entero es como una extensión del propio cuerpo. En uno de los aforismos de Siva (1.14) se afirma: «El cuerpo es todo lo visible», mientras que en otro se afirma que el cuerpo es la oblación (2.8) que se ofrece en el fuego de la

conciencia. Este fuego purifica el cuerpo de las ataduras del karma y le presta el resplandor de un cuerpo divino. Este es el cuerpo del Señor de Conciencia que constantemente ofrece los objetos de los sentidos en la gran llamarada del conocimiento.

Técnicas frente al dolor

Al igual que el yoga o las artes marciales utilizan el concepto de postura, el tantrismo utiliza el concepto de *mudrā*, que la danza, en relación a la gestualidad ritual del cuerpo que conduce a estados elevados de conciencia o de representación artística. La palabra *mudrā* significa «sello» y también «gesto», especialmente los gestos codificados que hace un bailarín con las manos o también los gestos rituales que se hacen durante ciertas prácticas tántricas.

El concepto de «sello» es importante, ya que se refiere al «sello» o la «huella» que la conciencia pura deja en el mundo fenoménico cuando se manifiesta a sí misma con una forma limitada y precisa. Los objetos fenoménicos son como las impresiones del sello original de la conciencia que no tiene en realidad forma. La impresión puede remitir al sello original y la tarea del artista o del tántrico será precisamente seguir las huellas de la conciencia, reproduciéndolas con los gestos de sus manos. Estos gestos son simbólicos y están cargados de energía o son como llaves para abrir esos centros de energía, como son los chakras en la anatomía sutil del cuerpo dibujada por el yoga. Estos gestos, de hecho, implican un estado de alerta o atención e inducen al practicante a adoptar una actitud mental determinada. Como dice Abhinavagupta, *mudrā*, según su etimología, es aquello que «produce» *ra* «gozo» *mud*, porque gracias al *mudrā* uno realiza su propia naturaleza y la del universo a través de su propio cuerpo.

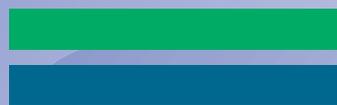
La *mudrā* suprema es la del caminante del espacio. El caminante del espacio no es otro sino el mismo Siva que vagabundea por el cielo de su propia conciencia, por puro placer de contemplar el reflejo de su propia

diversidad, ya que el límite del cielo de su conciencia es la infinitud del universo creado. Viajar por el cielo de la conciencia es seguir el camino de la totalidad (*kulamarga*) y experimentar una sensación de absoluta libertad al saber que todas las cosas están contenidas en el propio cuerpo. Para esta persona, embriagada con el licor intoxicante de Bhairava, cualquier posición que adopte su cuerpo es un sello (*mudrā*) o una postura yóguica (*āsana*). Como dice Mark Dyczkowski:

«El yogui que se encuentra en *Khecarīmudrā* se dedica a devorar el tiempo. Para hacer esto repliega en primer lugar todas las energías de los sentidos y de la mente y se establece firmemente en su propia naturaleza, liberándose simultáneamente del pasado y del futuro. Hundiéndose por el centro de los dos tiempos y buscando el efímero momento del presente, se libera también finalmente del presente en la plenitud atemporal de la constante expansión y contracción de su propia conciencia. Hecho uno con esta pulsación se convierte inmediata y espontáneamente en un ser liberado, en un vagabundo del espacio»⁶.

Notas

1. Para el Kalarapippyatu véase Zarilli PB. *When the body becomes all eyes*. Oxford: Oxford University Press.
2. Zarilli PB. «Naturaleza y culto». En: Maillard Ch (ed). *El Árbol de la Vida*.
3. Mahopanishad, citado por Prem Lata Sharma en «Sarira». En: Kapila Vatsyayan (ed). *Kalatattvakosha I*. Delhi: Motilal Banarsidass, 1988.
4. Tantraloka 15.284-286, citado por Prem Lata Sharma en «Sarira». En: Kapila Vatsyayan (ed). *Kalatattvakosha I*. Delhi: Motilal Banarsidass, 1988.
5. Tantraloka 12.6,7, citado por Prem Lata Sharma en «Sarira». En: Kapila Vatsyayan (ed). *Kalatattvakosha I*. Delhi: Motilal Banarsidass, 1988.
6. Dyczkowski M. *The Aphorisms of Śiva*. New York: SUNY, 1992; p. 70.



chiesi

Ofrecer soluciones a cada necesidad.
Nuestro compromiso.



Poractant Alfa

CUROSURF[®]
Inspiración natural



CYCLADOL[®]

Piroxicam-β-Ciclodextrina

Investigación WASSERMANN-CHIESI



flogoprofen[®]

ETOFENAMATO

Lactoferrina

hierro proteínsuccinilato



Novalac

RibujeT[®] 200_{MCg}

Budesonida en Sistema Jet[®]

TonWas[®]

¿Enfermedad por reflujo Gastroesofágico?

Una patología con una elevada prevalencia

Opiren® 30 mg

Lansoprazol

Tratamiento agudo

Opiren® 15 mg

Lansoprazol

Tratamiento de mantenimiento

28 cápsulas

DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. OPIREN® 30 mg Cápsulas. 30 mg Lansoprazol (DCI). OPIREN® 15 mg Cápsulas. 15 mg Lansoprazol (DCI). **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** - Cada cápsula de OPIREN 30 mg contiene: Lansoprazol (DCI) 30 mg. Excipientes c.s. - Cada cápsula de OPIREN 15 mg contiene: Lansoprazol (DCI) 15 mg. Excipientes c.s. (Ver lista de excipientes en 6.1). **FORMA FARMACÉUTICA.** Cápsulas, conteniendo gránulos gastroresistentes para proteger el principio activo de la acidez gástrica. **DATOS CLÍNICOS.** Indicaciones terapéuticas OPIREN 30 mg: Tratamiento agudo de la úlcera duodenal, la úlcera gástrica y de la esofagitis por reflujo gastroesofágico. - Erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera duodenal y úlcera gástrica benigna, en combinación con los antibióticos apropiados. - Tratamiento agudo de la úlcera gástrica inducida por AINEs en pacientes que precisen seguir el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos durante el proceso de curación de la úlcera. - Prevención de la úlcera gástrica inducida por AINEs en pacientes de riesgo (con antecedentes de úlcera gástrica) que requieran un tratamiento crónico con antiinflamatorios no esteroideos. - Tratamiento del síndrome de Zollinger-Ellison. OPIREN 15 mg: Tratamiento de mantenimiento de la esofagitis por reflujo gastroesofágico. Posología y forma de administración. Úlcera duodenal. La dosis recomendada es de 1 cápsula de OPIREN 30 mg (30 mg de Lansoprazol) al día durante 4 semanas. Úlcera gástrica. La dosis recomendada es de 1 cápsula de OPIREN 30 mg (30 mg de Lansoprazol) al día durante 4 semanas. En caso de que la úlcera no haya cicatrizado, puede continuarse el tratamiento durante 4 semanas más con la misma posología, a criterio facultativo. En el tratamiento de la úlcera gástrica inducida por AINEs en pacientes que precisen seguir el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, la dosis recomendada es de 1 cápsula de OPIREN 30 mg (30 mg de Lansoprazol) al día durante 8 semanas. En la prevención de la úlcera gástrica inducida por AINEs en pacientes de riesgo (con antecedentes de úlcera gástrica) que requieran un tratamiento crónico con antiinflamatorios no esteroideos, la dosis recomendada es de 1 cápsula de OPIREN 30 mg (30 mg de Lansoprazol) al día. Esfagitis por reflujo gastroesofágico. En el tratamiento agudo, la dosis recomendada es de 1 cápsula de OPIREN 30 mg (30 mg de Lansoprazol) al día durante 4 semanas. En función de los resultados de la endoscopia, puede continuarse el tratamiento durante 4 semanas más con la misma posología, a criterio facultativo. En el tratamiento de mantenimiento, la dosis recomendada es de 1 cápsula de OPIREN 15 mg (15 mg de Lansoprazol) al día. Erradicación de *Helicobacter pylori*. La dosis recomendada es de 1 cápsula de OPIREN 30 mg (30 mg de Lansoprazol) dos veces al día durante 7 días, conjuntamente con la administración de dos de los siguientes antibióticos: amoxicilina 1 g dos veces al día, claritromicina 250 mg dos veces al día y metronidazol 400 mg dos veces al día. Síndrome de Zollinger-Ellison. La dosis inicial recomendada es de 2 cápsulas de OPIREN 30 mg (60 mg de Lansoprazol) al día. Esta dosis deberá ajustarse en base a los exámenes clínicos o de secreción realizados periódicamente para el control a largo plazo de esta patología. A partir de 120 mg se recomienda fraccionar la dosis diaria en dos administraciones. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al fármaco. - **Lactancia.** - Niños: La eficacia y la tolerabilidad en niños no han sido estudiadas por lo que no se debe utilizar en este grupo de edad. - **Insuficiencia renal severa** (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min). - **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** De igual forma que otros fármacos antisecretores, OPIREN puede favorecer modificaciones en la flora gástrica debido a la disminución del volumen y la acidez del jugo gástrico. Debido a que la experiencia actual es limitada, no se recomienda la utilización de OPIREN 30 mg en tratamientos prolongados de úlcera duodenal y gástrica y esofagitis por reflujo, así como en la prevención de las recidivas. En el tratamiento agudo de la úlcera gástrica inducida por AINEs en pacientes que precisen seguir el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos la utilización de lansoprazol 30 mg/día debe efectuarse bajo estricta vigilancia médica durante las 8 semanas de tratamiento. Ancianos: No es preciso modificar la posología de OPIREN en este grupo de edad, no habiéndose observado un incremento en la frecuencia de efectos indeseables. **Insuficiencia renal:** Se debe utilizar con precaución en sujetos con insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina entre 70 y 30 ml/min), y ateniéndose siempre a la dosis recomendada. **Insuficiencia hepática:** Tras la administración de una dosis única en cirróticos se ha observado un entorpecimiento en la eliminación de OPIREN, por lo que en estos casos el tratamiento con OPIREN deberá instaurarse sólo bajo estricto control médico y ateniéndose siempre a la dosis recomendada. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** OPIREN puede dar lugar a una ligera inducción del sistema enzimático monooxigenasa del citocromo P450, por lo que es recomendable monitorizar a los pacientes tratados simultáneamente con medicamentos tales como diazepam, fenitoína, teofilina o warfarina. Sin embargo no se ha comunicado la existencia de interacciones clínicamente significativas con diazepam, propranolol, warfarina, prednisona o prednisolona, antiinflamatorios no esteroideos, fenitoína o teofilina. La administración simultánea de antiácidos (conteniendo hidróxido de aluminio y magnesio) o sucralfato con OPIREN modifica los parámetros farmacocinéticos y la biodisponibilidad de éste, por lo que se aconseja su administración con posterioridad al antiácido (1 hora). **Embarazo y lactancia.** Embarazo: La seguridad de OPIREN no ha sido estudiada en mujeres embarazadas. Aunque los estudios en animales no han demostrado evidencia de toxicidad fetal o de efectos teratogénicos, únicamente debe utilizarse si se considera indispensable. **Lactancia:** Debido a la ausencia de estudios no se recomienda su utilización durante el período de lactancia. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Este medicamento no afecta a la capacidad de conducción ni al manejo de maquinaria. Raramente se han comunicado somnolencia y mareos (ver apartado 4.8 "Reacciones adversas"). **Reacciones adversas:** Generalmente, OPIREN es bien tolerado, siendo la mayoría de los acontecimientos adversos leves y transitorios. **Respiratorios:** faringitis, rinitis y tos. **Hallazgos de laboratorio:** se ha observado raramente proteinuria, elevaciones de eosinófilos, colesterol, triglicéridos, enzimas hepáticas, potasio y ácido úrico, así como aumento de hemoglobina, modificaciones del hematocrito (incremento o disminución), leucopenia y trombocitopenia, con sus correspondientes manifestaciones clínicas, sin que se haya encontrado una correlación con la dosis ni con la duración del tratamiento. OPIREN puede producir una elevación moderada de la gastrinemia, clínicamente no significativa, la cual vuelve a la normalidad generalmente al mes siguiente de finalizar el tratamiento. Además, después de finalizar el tratamiento con OPIREN los resultados obtenidos de las biopsias gástricas practicadas no muestran elementos que sugieran un tumor carcinóide o una proliferación celular. **Sobredosis:** No hay datos disponibles sobre intoxicación en el hombre con OPIREN por lo que únicamente se puede recomendar tratamiento sintomático. Sin embargo, se ha utilizado OPIREN a dosis de hasta 180 mg/día sin que se hayan observado reacciones adversas significativas. **DATOS FARMACÉUTICOS.** Lista de excipientes: Carbonato de magnesio, Sacarosa, Almidón de maíz, Hidroxipropilcelulosa de bajo grado de sustitución, Hidroxipropilcelulosa, Copolímero de ác. metacrilico y acrilato de etilo, Talco, Polioxietilenglicol 6000, Dióxido de titanio (E-171), Polisorbato 80, Sílice coloidal anhidra. Componentes de la cápsula (Dióxido de titanio (E-171), gelatina y tinta (laca shellac, hidróxido de potasio y óxido de hierro negro (E-172)). **Incompatibilidades:** No se han descrito. **Período de validez:** OPIREN no se debe administrar transcurrido el período de caducidad declarado en el envase, que es de 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** Este medicamento no requiere condiciones particulares de conservación. Se aconseja mantenerlo en lugar fresco y seco, al abrigo de la luz y de focos calóricos. **Naturalaleza y contenido del recipiente:** OPIREN 30 mg Cápsulas: envases con 14 y 28 cápsulas dispuestas en strip. OPIREN 15 mg Cápsulas: envases con 28 cápsulas dispuestas en strip. **Instrucciones de uso y manipulación.** No se requieren condiciones especiales para su utilización. **TÍTULO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN ALMIRALL PRODEFARMA, S.A.** General Mitre, 151 08022 - BARCELONA NÚMERO(S) DEL REGISTRO, OPIREN 15 mg Cápsulas: 61.448. OPIREN 30 mg Cápsulas: 59.785. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN.** OPIREN 15: 22 de abril de 1997. OPIREN 30: 23 de junio de 1993. **PRESENTACIONES Y PVP (IVA4) (NMI):** Envase con 14 cápsulas 30 mg, 24.40 €. Envase con 28 cápsulas 30 mg, 44.21 €. Envase con 28 cápsulas 15 mg, 25.58 €. Con receta médica. Financiado por el Sistema Nacional de Salud con aportación normal. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Enero de 2003.

Los datos personales necesarios para poderle entregar este material promocional están recogidos en un fichero cuyo responsable es Almirall Prodesfarma, S.A. que los utilizará para la gestión comercial únicamente interna. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición simplemente escribiendo a Almirall Prodesfarma, S.A., Ronda General Mitre, 151, 08022 Barcelona.

Licenciado por:
Takeda
TAKEDA CHEMICAL INDUSTRIES LTD.

 **Almirall**
Almirall Prodesfarma

LA PERMEABILIDAD DEL SABER EN EL SIGLO XVI

ISABEL SOLER

Profesora de Literatura Portuguesa. Facultad de Filología. Universidad de Barcelona (España)



Isabel Soler (Barcelona, 1964) es profesora de Literatura Portuguesa y especialista en literatura de viajes de los siglos XVI y XVII. En *El nudo y la esfera. El navegante como artífice del mundo moderno* (El Acanalado, 2003) identifica al viajero-navegante como uno de los grandes protagonistas de la revolución intelectual renacentista. Actualmente prepara una antología de crónicas de naufragios portugueses del siglo XVII.

Resumen

Las biografías y el legado documental de los médicos renacentistas portugueses Amatus Lusitanus y García da Orta sirven para demostrar, desde la defensa de la actitud crítica y el ejercicio de la experiencia y a pesar de las adversidades ideológicas y dogmáticas de su propia época, cómo el pensamiento científico del siglo XVI rompe -y al mismo tiempo convive- con la tradición clásica y medieval. Las obras y los vínculos intelectuales que establecieron los médicos prueban la necesaria relación entre ciencia, filosofía y arte, y asimismo confirman la contribución del viaje de expansión ultramarino -el contacto con otras culturas y otras mentalidades- en el proceso de apertura de los «saberes encerrados» propios de las disciplinas científicas y humanísticas occidentales, aunque también el frágil equilibrio entre la actitud progresista y la conservadora, y el peso que la moral ejercía sobre la vida cultural e intelectual.

Palabras clave: Renacimiento. Descubrimientos. Revolución científica. Contrarreforma.

Abstract

THE PERMEABILITY OF KNOWLEDGE IN THE SIXTEENTH CENTURY

The biographies and the documentary legacy of the portuguese Renaissance physicians Amatus Lusitanus and García da Orta are useful to proof, from the defense of the critical attitude and the exercise of experience, and despite the ideological and dogmatic adversities of their own time, how the scientific thinking of the sixteenth century breaks -and in the meantime cohabits- with the medieval and classical traditions. The intellectual works and links that physicians established, evidence the necessary relation among science, philosophy and art, and likewise confirm the contribution of the ultramarine expansive travel -the contact with other cultures and other mentalities- in the process of opening to the «closed knowledges» characteristic of the western scientific and humanistic disciplines; though also the fragile balance between the progressist attitude and the conservative one, and the influence that the moral exercised upon the cultural and intellectual life.

Key words: Renaissance. Discoveries. Scientific Revolution. Counterreform.

Introducción

En 1534, el mismo año en que Ignacio de Loyola funda la Compañía de Jesús y Gutenberg edita la Biblia de Lutero, y el mismo año también en el que la iglesia anglicana se separa de Roma, el médico portugués de ascendencia judaica João Rodrigues de Castelo Branco (Amatus Lusitanus) abría su clínica en Amberes. En marzo de ese mismo año, otro médico portugués, el cristiano nuevo García da Orta, partía de Lisboa hacia los enclaves político-económicos que Portugal había conseguido afianzar en la India. Posiblemente, después de haber estudiado en la Universidad de Salamanca y de haber alcanzado alto prestigio como médicos y botánicos, ambos huían del negro futuro que esperaba a los de sangre impura en el país militantemente contrarreformista que iba a ser Portugal en la segunda mitad del siglo XVI. Amatus Lusitanus abandonó el país para recorrer Europa, y García da Orta partió hacia Oriente.

El primero irá en busca de los núcleos de investigación científica europeos para ampliar sus conocimientos e iniciar sus estudios sobre Dioscórides, Hipócrates y Galeno; y en el importante centro de estudios médicos que en aquel momento era Ferrara encontrará a Nicolás Leoniceno, intérprete de Galeno, al anatomista Gabriel Fallopio, al botánico y farmacéutico Gabriel de Gabrielis y al célebre comentarista de Dioscórides, Antonio Musa Brasavola. Los años de Ferrara coinciden con la edición del *De humani corporis fabrica libri septem* de Vesalio, ya un eminente cirujano y profesor en Lovaina y en Padua. La obra aparece el mismo año, 1543, que el *De revolutionibus orbium coelestium* copernicano, y se convertirá en uno de los tratados de anatomía más innovadores del Renacimiento, sobre todo por su denuncia de la gran distancia física que hasta aquel momento la práctica de la medicina establecía entre el enfermo y el médico, y por la defensa de una actitud más pragmática respecto al objeto de estudio, pero también por las ilustraciones que acompañan las explicaciones del médico.

Era común en la época que los boticarios expendieran las medicinas y los Barberos oficiaran como cirujanos, mientras los médicos, desde la distancia de sus cátedras en las aulas de las Universidades, describían las partes de la anatomía humana y sus dolencias a partir de la lectura de los tratados clásicos y sin acercarse a los cuerpos objeto de estudio. Los nuevos médicos serán muy críticos con una práctica de la medicina que demostraba ser muy insegura e insatisfactoria, y a la que le costaba apartarse de otras ciencias cuyos principios son indiscutiblemente poco empíricos. La adivinación, las ciencias ocultas, la alquimia, la astrología, la magia y la cábala eran tradiciones que siguieron gozando de gran prestigio durante los siglos renacentistas, y a esas ciencias iban unidos los oficios mecánicos, los sistemas de cálculo, la mitología, la agricultura y también la medicina. Como en épocas anteriores, el pensamiento religioso se seguía vinculando al ejercicio de la razón: la reflexión matemática se aplicaba, con carácter científico, en tratados interpretativos del *Libro del Apocalipsis*; las nuevas tablas astronómicas para proyecciones cartográficas, imprescindibles para mostrar los nuevos espacios descubiertos por la navegación oceánica, se

La adivinación, las ciencias ocultas, la alquimia, la astrología, la magia y la cábala eran tradiciones que siguieron gozando de gran prestigio durante los siglos renacentistas.

vinculaban a la permanente obsesión por situar definitivamente el paraíso en la Tierra o al empeño por determinar con exactitud el momento de la Creación. Los ejemplos sirven como muestra de los grandes contrastes que se dan durante el Renacimiento: el gran avance que la ciencia experimenta durante los siglos renacentistas evoluciona junto a la práctica y desarrollo del arraigado pensamiento mágico; del mismo modo, la religiosidad de las poblaciones europeas -y los cruentos desencuentros religiosos durante el período- aumenta en la misma proporción que la secularización de esas sociedades.

Nuevas tecnologías renacentistas

En este sentido, si el papel tecnológico que desempeñó la imprenta fue fundamental para la difusión de las nuevas ideas y los nuevos descubrimientos, también sirvió para difundir con mayor facilidad las antiguas cosmogonías al hacerlas llegar a un número mucho mayor de personas que en los siglos medievales. Y si bien es cierto que médicos, arquitectos, artistas y músicos del siglo XVI modificaron las relaciones establecidas a lo largo de los siglos entre teoría y práctica, y generaron un diálogo constante entre el trabajo manual y el teórico -tanto, que consiguieron transformar radicalmente la vida laboral y la académica del continente europeo-, tampoco hay que olvidar la dificultad medieval y renacentista en la creación de un marco temporal estable que permitiera el estudio metódico, no tanto del presente como del pasado. Los filósofos y los estudiosos del arte del Occidente renacentista podían distinguir lo antiguo de lo gótico, o el latín clásico del medieval, pero métodos de análisis todavía imperfectos podían llevarles a confundir obras manuscritas del siglo XII con textos de la antigua Roma, o incluso considerar de autoría de Miguel Ángel una escultura clásica del siglo V antes de Cristo.

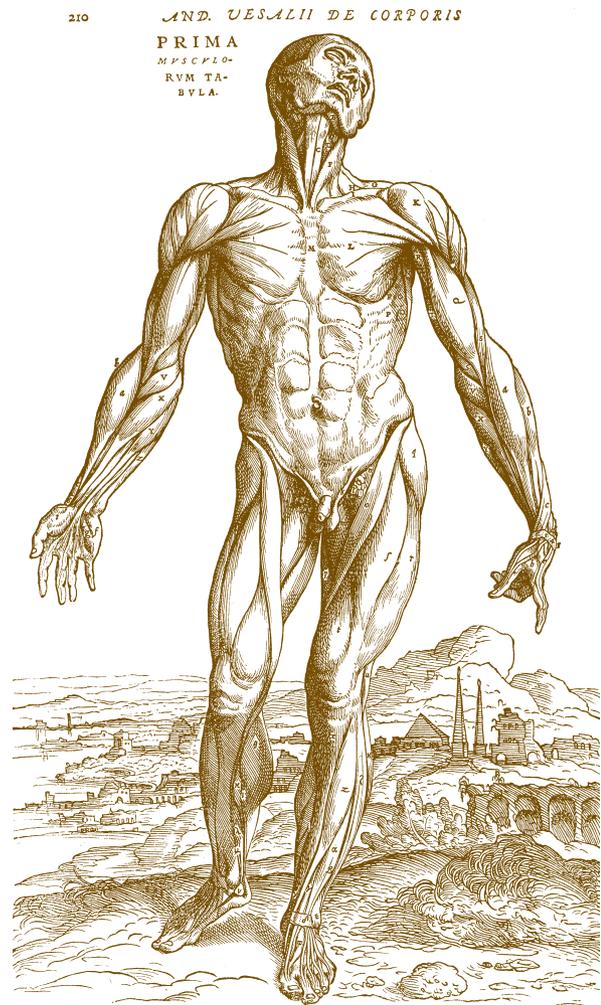
Al mismo tiempo y dejando al margen las instintivas barreras mentales, en muchas de las áreas de reflexión sobre el conocimiento y la ciencia, también el pensamiento de los siglos XV y XVI heredará del pasado la tendencia al «secreto», sobre todo porque la *ocultación* se entendía como sistema de protección de los descubrimientos y los avances técnicos y científicos, y porque asimismo se entendía que sólo unos pocos podían acceder a ellos: el «secreto» lo guardaba tanto un boticario como un alquimista, tanto un orfebre como un músico. Y al mismo tiempo que la revolucionaria imprenta ponía al alcance del lector culto occidental las recién descubiertas obras del pensamiento clásico, los tratados de geografía y medicina griegos y latinos o los almanaques astronómicos árabes, la mera tendencia a

ocultar -o a proteger- vestía de esoterismo cualquier análisis teórico o práctico sobre el conocimiento humano. No cabe duda de que en cualquier época lo «nuevo» causa recelo, y más temor causa aún el acto de divulgar la novedad; de ahí que junto a la defensa de la liberación y la apertura de los *saberes encerrados*, elevada por nuevos filósofos y científicos como Francis Bacon o el mismo Vesalio, otras voces, como la del propio Newton (siglos XVII-XVIII), se aferraran a la tradición del ocultamiento de las «verdades». El proceso de distanciamiento del pensamiento mágico y el racional fue lento y discontinuo.

Las ilustraciones de *De Fábrica* de Vesalio, además de demostrar que la anatomía se había convertido ya en materia esencial de la formación universitaria del futuro médico -y además de ser una prueba fehaciente de la voluntad de divulgación y transmisión de los conocimientos científicos-, muestran la necesidad que la ciencia tenía de la expresión artística para conseguir reproducir y demostrar lo que en ese mismo momento se estaba descubriendo y experimentando. En este sentido, las nuevas técnicas de reproducción bibliográfica que la imprenta facilitaba permitían recuperar muchas de las ilustraciones de obras clásicas -de Ptolomeo, Vitruvio o Galeno- que a lo largo de las anteriores y sucesivas copias amanuenses se habían perdido. Las figuras y estampas eran imprescindibles en los textos científicos y médicos, y resultaban mucho más eficaces que el mismo acto de «escuchar» en un aula universitaria los principios de una ciencia. Las de la obra de Vesalio constituyeron la colección de descripciones anatómicas más extensa y pormenorizada hasta entonces editada, y acompañaban cuidadas observaciones sobre el sistema circulatorio, arterial y nervioso (Vesalio defendió, por ejemplo, que los nervios no estaban huecos por dentro, algo que la fisiología no aceptará hasta el siglo XVIII), sobre el cerebro y el corazón. A pesar de que en la actualidad no se ha podido precisar con exactitud la procedencia de las ilustraciones de *De humani corporis fabrica* -el historiador de la ciencia A. C. Crombie prácticamente asegura que salieron del taller de Tiziano, mientras que el historiador Dario Rei puntualiza que entre los grabados que ilustraban el manual de anatomía había, entre otras, reproducciones exactas dibujadas por Leonardo y Durero-, no hay duda de que el autor y, asimismo, el editor otorgaron un alto protagonismo a las imágenes que debían de acompañar las explicaciones de la obra.

Arte, ciencia, medicina

En relación recíproca, si el científico se servía del artista para representar los espacios del cuerpo, también éste escarbaba en el ámbito científico para dar expresión a su obra: prueba de ello son los innúmeros dibujos de Leonardo da Vinci sobre anatomía humana y su compromiso con la reflexión científica, actitud que lo lleva a ocupar un lugar concreto, y al mismo tiempo plural y único, en la historia del arte y de las ideas occidentales como artista-científico o artista-ingeniero. Adelantado en varias generaciones a sus contemporáneos y más de medio siglo antes del tratado de Vesalio, siempre desde la observación y la



«De humani corporis fabrica», de Andrea Vesalio, fue el principal libro que revolucionó la ciencia médica renacentista. Vesalio penetraba en el cuerpo humano como los pintores, a través de la perspectiva, lo habían hecho en la naturaleza.

experiencia, Leonardo se convierte en la gran metáfora que representa el ansia de saber renacentista al sentirse obsesivamente atraído por cualquier forma de reflexión humana. Sus estudios anatómicos, sus análisis antropométricos y sus teorías sobre el valor de la proporción empiezan en las últimas décadas del siglo XV, hacia 1480, y cuestionan y superan el estable canon vitruviano del que se servían la tradición clásica y medieval para representar el cuerpo humano en las artes pictóricas y escultóricas. El alto prestigio del que gozaba en la época la exactitud matemática lleva a Leonardo a esforzarse por aplicar la aritmética, la

En muchas de las áreas de reflexión sobre el conocimiento y la ciencia, también el pensamiento de los siglos XV y XVI heredará del pasado la tendencia al «secreto».

perspectiva y la geometría a sus estudios anatómicos y antropométricos para poder dar al arte la categoría de ciencia exacta: su esfuerzo iba orientado a convertir el arte en precisión y, por tanto, en perfección.

En el siglo XV las artes plásticas no se encontraban entre las impartidas dentro de la educación superior, el *trivium* y el *quadrivium*; no se consideraban artes liberales sino artesanales y mecánicas. De ahí el tesón de Leonardo por dar valor científico a las artes plásticas. Empieza entonces el estudio de cadáveres diseccionados para entender las funciones de los diferentes órganos del cuerpo humano: si la parte exterior del cuerpo era mensurable matemáticamente también podía serlo la interior. Y tan intenso y meticuloso fue su trabajo en ese sentido que puso en clara tela de juicio las teorías del *Corpus Hippocraticum* vigentes hasta la época. Sin embargo, las conclusiones de sus experimentos empíricos y la línea de sus interpretaciones no pudieron evitar verse invadidas o impregnadas de otras formas de explicación fenomenológica de carácter más especulativo que científico. Sus estudios sobre las medidas del cráneo y el cerebro le llevan a localizar las ubicaciones físicas del «sentido común» y de la memoria; entiende el primero como el responsable del estado anímico -el del *alma*- y de la expresión física de ese estado -las marcas del rostro, las muecas, los gestos- a través de los músculos y los tendones. Los múltiples dibujos de gesticulaciones faciales y corporales deben entenderse como la expresión exterior de un estado interior, la del carácter y los sentimientos, en un constante e ininterrumpido flujo de causa-efecto. En la misma dirección se orientan sus dibujos sobre el corazón, donde Leonardo localiza el espacio que contiene los sentimientos, por lo que llega a la deducción de que las lágrimas las produce directamente este órgano; o sus reflexiones sobre la concepción sexual, acto en el que, además del esperma, interviene necesariamente una sustancia generada por el órgano que guarda y protege el alma. No por ello, no obstante, Leonardo deja de ser una mente privilegiada para su época y uno de los pensamientos más libres, y enigmáticos, del Occidente de todos los tiempos.

Décadas después, los cuerpos meticulosamente desollados y diseccionados del *De Fabrica* vesálico quieren recoger y enseñar el mínimo funcionamiento de músculos, tendones y articulaciones en una suerte de atlas topográfico-corporal cuya perfección naturalista sólo es comparable a los dibujos anatómicos nunca publicados de Leonardo. A pesar de que sus teorías sobre fisiología no consiguieron alejarse, en lo fundamental, de las enseñanzas -y los errores- de Galeno y Mondino (la ubicación del cristalino centrado en el ojo, las funciones de los órganos reproductores o la descripción del riñón como si fuera un filtro), las ilustraciones que acompañan las explicaciones de Vesalio son la prueba del estrecho vínculo que mantienen la ciencia teórico-descriptiva y el arte de expresión naturalista. A través de los dibujos, el control anatómico del mínimo elemento del cuerpo demuestra la relación directa entre la estructura corpórea y la función que desempeñan las partes que la componen; pero al mismo tiempo, las formas de representación humana de *De Fabrica* mantienen una postura elegante, aunque a veces forzada, o incluso macabra, si se evoca la del

Leonardo se convierte en la gran metáfora que representa el ansia de saber renacentista al sentirse obsesivamente atraído por cualquier forma de reflexión humana.

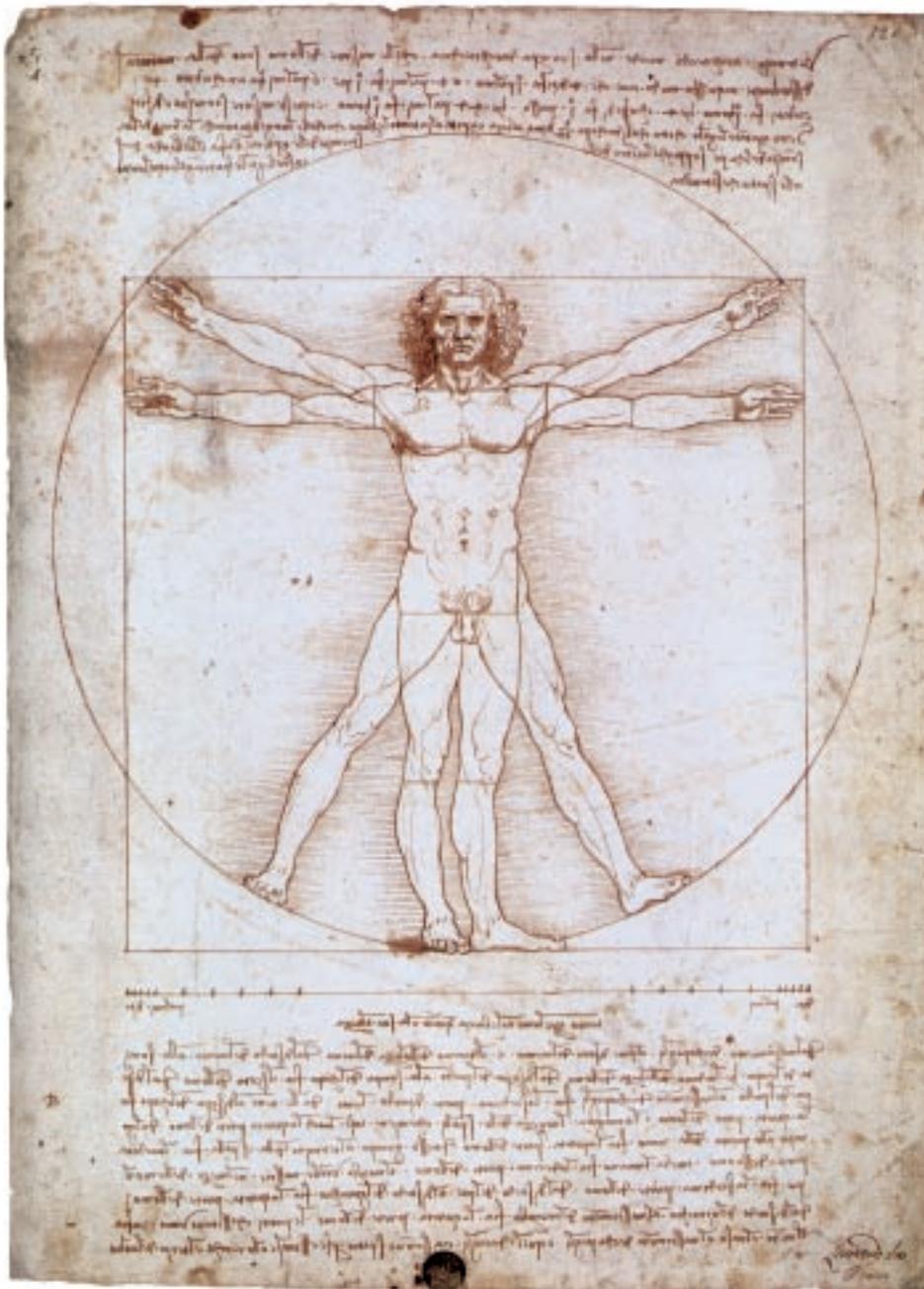
cadáver suspendido de un gancho, que recuerda los elaborados estudios anatómicos de las esculturas clásicas. Son imágenes científicamente perfectas que, sin embargo, no dejan de resultar artísticamente grotescas (en el sentido estético del término *grutesco* acuñado por Rafael para referirse a la ornamentación romana de la Domus Aurea de Nerón: *grutesco* quiere representar lo distorsionado, pero también el realismo de lo fantástico) al ocupar un primer plano que evoluciona por detrás en un fondo paisajístico típicamente renacentista. Campos, bosques, aldeas y ríos ambientan el espacio de ese cuerpo sin piel que posa, cortés o tétricamente, para mostrar su microcosmos interno. La ventana renacentista, la profundidad y la perspectiva, el fondo ordenado del paisaje que representa el mundo de los hombres, ese gran descubrimiento de la pintura de los siglos XV y XVI, invade también el libro impreso destinado al estudio científico.

Tradición y modernidad

Sin embargo, ese mutuo esfuerzo del arte y la ciencia por descubrir y detallar la realidad del cuerpo humano, basado en la actitud puramente renacentista que es la voluntad de saber, la curiosidad y la reflexión desde la experiencia, servía relativamente poco a la función principal de la medicina. Los detallados estudios anatómicos eran útiles para conocer mejor el cosmos, el *orden* del cuerpo humano, pero su función era escasa a la hora de curar enfermedades, paliar epidemias o sanar heridas de guerra. La sociedad occidental podía venerar y reconocer el prestigio de Vesalio -sus lecciones eran verdaderos actos públicos y sus discípulos difundieron su saber por los centros académicos de toda Europa-, pero muchos de los formados intelectualmente seguían recurriendo a las enseñanzas hipocráticas y galénicas de la Antigüedad y los no formados acudían a los viejos remedios del saber popular o al experto observador del cielo nocturno. Los nuevos médicos (como los nuevos cosmógrafos, los nuevos matemáticos, los nuevos cartógrafos o los nuevos filósofos) contribuyeron a la gran transformación intelectual renacentista, quizás no tanto por el avance de la investigación científica, a pesar de ser el siglo XVI uno de los de mayor efervescencia de la historia de las ideas y con mayor repercusión en todos los aspectos de la vida del hombre occidental, como por el hecho de que, por primera vez, la reflexión científica consigue empezar a ceñirse estrictamente al ámbito científico y logra distanciarse, y progresivamente emanciparse, del poder del pensamiento religioso. La concepción cosmológica de la doctrina teológica cristiana, basada en el principio de revelación y en una interpretación escolástica del pensamiento aristotélico,

imponían una imagen del mundo estrictamente ordenado según una jerarquía teológica que pretendía dar explicación a sus contenidos y a su estructura; pero las observaciones anatómicas, tanto como las rectificaciones cosmológicas sobre la organización teórica del universo o, asimismo, el rechazo de las supersticiones geográficas a partir del avance de la navegación, irán creando las bases del lento camino hacia la independencia de la reflexión intelectual y científica respecto a la elucubración religiosa y moral. La curiosidad y la experimentación modificarán el orden universal establecido, pero ese replanteamiento no llegará a alterar de forma inmediata las bases de la mentalidad de la sociedad, aunque esta nueva manera de enfrentarse a la reflexión conferirá al hombre

occidental un protagonismo nunca imaginado. Esa sistemática actitud hacia la observación, el análisis y la praxis lleva a Vesalio a recomendar el abandono de la tarima para observar de cerca el cadáver y poder entender así el universo que representa el cuerpo humano; obliga a Nicolás de Cusa, desde la observación del cielo, a aventurar la hipótesis de que la Tierra es una esfera móvil en un universo sin límites ni centro; empuja a Copérnico a plantear una concepción matemática del cosmos, a Tycho Brahe a intuir un espacio dominado por una única atmósfera y a desmontar el sistema de esferas aristotélico-ptolemaico, y la inercia de la actitud empírica sigue hasta llegar a la invención kepleriana del telescopio y a la revisión del heliocentrismo copernicano de la mano de Galileo. La



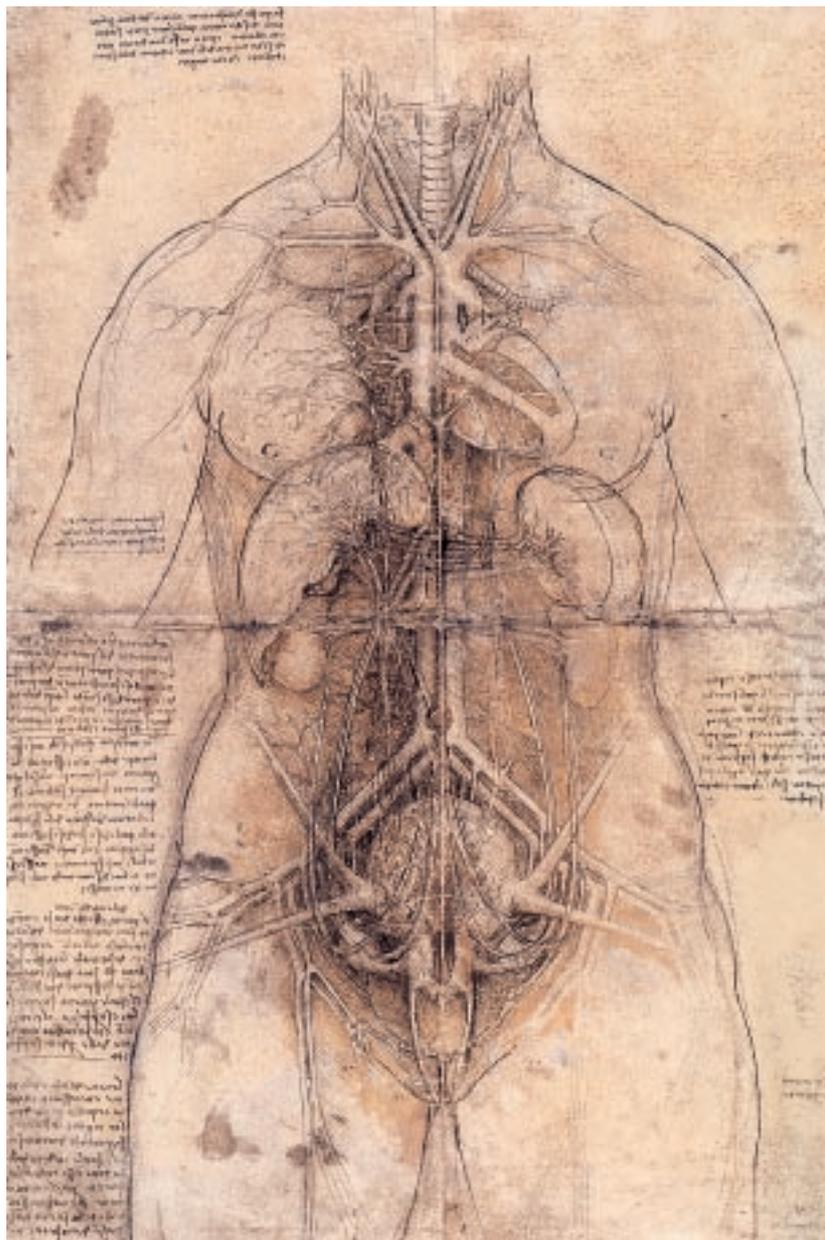
Leonardo da Vinci simultaneó las vertientes artística y científica. Hay fuertes paralelismos entre su obra y la de Andrea Vesalio.

aproximación del científico, del filósofo, del artista a su objeto de estudio modifican radical y definitivamente la *imago mundi* del hombre occidental.

En la misma época en la que se desarrolla el álgebra y la geografía analítica, se elabora el sistema copernicano y el cartesianismo o se formulan los descubrimientos anatómicos de Vesalio y los fisiológicos de Harvey y Servet, adquiere su prestigio como comentarista y naturalista y como anatomista y patólogo el médico portugués Amatus Lusitanus, hasta que el integrismo contrarreformista lo expulsa de Italia en 1555 y lo lleva a la otomana Salónica, donde morirá en 1568. Curiosamente, también el médico García da Orta morirá en 1568, en la Goa musulmana y capital del llamado *Imperio Portugués do Oriente*. Es el mismo año en que se empieza a imprimir la *Biblia Políglota* y

en el que se elabora el Atlas del cartógrafo portugués Fernão Dourado, en el que aparece por primera vez Japón y la costa norteamericana hasta la península de El Labrador; es el mismo año en el que, a la edad de catorce años, asume el gobierno de Portugal el conflictivo rey D. Sebastião.

Las obras de Amatus -*Index Discoridis* (1536), *Discoridis enarrationes* (1553), *Curatium Medicinatum Centuriae* (1551-1561)- recogen comentarios, correcciones y estudios de medicamentos y sus respuestas terapéuticas, contienen detallados historiales clínicos, interpretaciones de la medicina hipocrática, galénica, medieval y contemporánea y disecciones anatómicas en las que el portugués reconoce la autoridad de los clásicos griegos y latinos, aunque también la de los árabes (si Galeno ocupa el primer



Leonardo da Vinci dedicó centenares de dibujos a diseccionar minuciosamente la anatomía humana.

lugar en el orden jerárquico de la historia de la medicina, otorga el segundo a Avicena, al que le sigue de cerca Averroes), que conoce bien por haber recibido formación en universidades peninsulares. Las obras de Amatus Lusitanus mantienen un tono independiente y objetivo siempre protegido por la observación directa, y tuvieron una gran proyección en toda la Europa culta de la época: sus estudios sobre Dioscórides se editaron en Amberes, Venecia, Lyon y Estrasburgo; y las *Centurias* en Florencia, París, Lyon, Venecia, Basilea, Salónica, Alcalá de Henares, Ginebra, Barcelona y Frankfurt. Es en la *Primera Centuria* (1551) donde contradice a Vesalio en el tratamiento de la pleuritis: éste recomendaba su curación mediante sangrías en el brazo derecho, y Amatus, sin llegar a dilucidar el movimiento circulatorio de la sangre, entiende que la existencia de válvulas en las venas impide la reversión del flujo sanguíneo, por lo que el sistema de Vesalio no permite la regeneración. El descubrimiento de las válvulas de las venas fue el primer paso para entender el movimiento sanguíneo en un único sentido, teoría que William Harvey no elaborará hasta 1616 (y no publicará hasta 1628, en *De motu cordis*). Las *Centurias* son un claro ejemplo de la doble actitud científica renacentista: demuestran el profundo dominio de la cultura clásica, así como el alto respeto hacia ella, junto al ejercicio de la reflexión razonada desde el análisis experimental, la observación y la comparación. Amatus venera a Hipócrates y Galeno, pero puede también contradecirlos, como asimismo puede oponerse a sus contemporáneos. Elabora sus propias medicinas y remedios y confecciona formularios para comprobar su eficacia curativa según la situación, los antecedentes y las particularidades de cada paciente, corrigiendo al mismo tiempo otras terapias y otras descripciones elaboradas por colegas.

Reforma y Contrarreforma

Pero la dedicación de Amatus Lusitanus a la ciencia es contemporánea a la onda expansiva de intolerancia y ortodoxia religiosa que domina Europa a mediados del siglo XVI. Tras el ímpetu erasmista y humanista de las primeras décadas del siglo, la voz de los teólogos vuelve a alzarse para anunciar el cambio de actitud intelectual y moral, y la vuelta a la observancia escolástica. En 1547 aparecen las primeras conclusiones del Concilio de Trento y el integrismo contrarreformista invade el Santo Oficio de listas de libros prohibidos y acusaciones de luteranismo y herejía. No cabe ya la posibilidad de seguir manteniendo el frágil equilibrio entre la actitud progresista y la conservadora, y la fuerza del pensamiento religioso y moral invade la compleja red de intereses políticos occidentales, perjudicando, por tanto, la vida cultural e intelectual. Los alegatos erasmistas impulsores del esfuerzo por alcanzar el conocimiento y la sabiduría encuentran la drástica oposición de una actitud católica que recomienda al mundo de la cultura, y a la sociedad en general, ser menos crítico (y por tanto, menos cultos). La manifestación integrista de los principios y valores religiosos marcará un cambio ideológico, político y cultural que no sólo afectará a Occidente, sino que repercutirá con fuerza en los espacios transoceánicos de los países furibundamente católicos que son España y

Los nuevos médicos contribuyeron a la gran transformación intelectual renacentista. La reflexión científica consigue empezar a ceñirse al ámbito científico y distanciarse y emanciparse del pensamiento religioso.

Portugal. Las huestes misioneras y evangelizadoras que la Compañía de Jesús empieza a mandar a partir de 1540 a los puntos neurálgicos ultramarinos no toleran costumbres ni creencias ajenas a la tradición católica; el fanatismo contrarreformista agudiza el celo de los representantes de la palabra de Cristo en territorio infiel y se muestra intransigente ante las metafísicas de los diferentes pensamientos religiosos de otras culturas.

El flujo de Trento impuso que, acusado de criptojudío y doce años después de su muerte en 1580 y en la ciudad indostánica de Goa -ciudad donde la política religiosa católica había proyectado la creación de la capital de un gran imperio cristiano-oriental, la *Roma de Oriente*- se quemaran los huesos en auto de fe (y con ellos, los ejemplares de sus obras editados en la ciudad) de una de las mentes científicas más sobresalientes del pensamiento occidental, García da Orta. El médico aparece así en la historia de la cultura como ejemplo de las consecuencias del enfrentamiento entre tradición y modernidad: el rechazo frontal del método escolástico y del magisterio aristotélico en sus *Colóquios dos simples e drogas e cousas medicinais da Índia* (Goa, 1563) es una muestra de las antitéticas actitudes mentales que en Europa se encuentran en drástica oposición y llegan también a la India. Con firmeza e ironía, no teme García da Orta entablar diálogo en sus *Colóquios* con Ruano, representante del pensamiento conservador, para defender el saber empírico y corregir errores de los antiguos; y lo hace con tal seguridad, sencillez y lógica que deja sin argumentos, aunque también escandaliza, a su interlocutor.

Oriente y Occidente

García da Orta llevaba treinta y tres años en la India cuando Charles de l'Écluse (Carolus Clusius) editó en Amberes, cuatro años después de su edición goesa, la traducción al latín (o mejor dicho, el resumen) de los *Colóquios* del médico portugués -aunque no en forma de diálogo-, y sobre esa versión se elaboraron las traducciones italiana (Venecia, 1575) y francesa (Lyon, 1602) y las sucesivas reediciones, adaptaciones y ampliaciones de la obra. En este sentido, parece que el *Catalogus simplicium medicamentorum* (Alcalá de Henares, 1566) y los *Discursos de las cosas aromáticas, árboles y frutales y de otras muchas medicinas simples que se traen de la India Oriental* (Madrid, 1572) del cirujano español Juan Fragoso tienen como base la obra de García da Orta; y asimismo, siguen la pauta marcada por los *Colóquios* el *Tratado de*

Con firmeza e ironía, no teme Garcia da Orta entablar diálogo en sus *Colóquios* con Ruano, representante del pensamiento conservador, para defender el saber empírico y corregir errores de los antiguos.

las drogas y medicinas de las Indias Orientales (Burgos, 1578) del médico portugués Cristóbal Acosta y la *Historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales* (Sevilla, 1571) de Nicolás Alfaro Monardes, dedicada ésta al estudio de las sustancias naturales provenientes de América, pero basada en el método de Garcia da Orta.

A través de los *Colóquios*, el médico portugués se erige como el gran observador de la naturaleza; es su descriptor y su clasificador. Pasea por los mercados, cultiva sus especies botánicas e intercambia opiniones con los científicos orientales. Se muestra pragmático, fiel a la verdad, libre de cualquier aseveración preconcebida, seguro de sus deducciones y exigente y meticuloso con sus sistemas de experimentación. Defiende lo real y lo racional, y rechaza implacablemente lo especulativo o la explicación fantasiosa. Aunque se encuentra lejos de los centros de saber occidentales, su sólida formación (la referencia en su obra a autores clásicos y contemporáneos, Dioscórides, Galeno, Plinio, Avicena, Rasis, Averroes, Savonarola, Paulo de Egina, Antonio Musa, Mateo Silvático, demuestran la rica biblioteca de la que disponía el médico portugués) y, sobre todo, la autoridad que le proporciona la experiencia (en el jardín botánico de su casa de Goa o de la isla de Bombaim cultiva y aclimata especies conocidas y desconocidas en Europa) le permiten hablar y actuar con independencia de criterio y mostrarse tajantemente crítico con el saber occidental. Estricto, mientras en el *Coloquio Séptimo* puntualiza sobre el orozuz (raíz de regaliz), recomendará a su interlocutor Ruano que abandone «el afecto que siente por los escritores jóvenes» y que se esfuerce por escuchar «verdades dichas sin colores retóricos porque la verdad se pinta desnuda».

El culto a la verdad es la religión de Garcia da Orta; de ahí la permanente obsesión a lo largo de los *Colóquios* por desvelar errores asumidos como verdades y por darles pormenorizada explicación, desde la experiencia científica, desde la denuncia del prejuicio que significa hablar sin conocimiento de causa o desde la distorsión de las noticias y los conocimientos que la distancia y el boca-oído causan («de largas vías, largas mentiras», dirá Orta en el *Coloquio Duodécimo* al reflexionar sobre el alcanfor), pero también desde la argumentada deducción etimológica de los diferentes nombres de las especies botánicas en las diversas lenguas orientales y occidentales como muestra de una de las fuentes principales de confusión y error. Critica con dureza la insensatez y la ignorancia de sus contemporáneos, y asimismo tampoco duda en corregir con severidad a los antiguos, aunque es consciente de la protección que significa hablar o escribir desde la

distancia de Oriente; lo dirá claramente en el *Coloquio Trigésimo segundo* al desmentir que los griegos hubieran llegado a conocer la nuez moscada: tras la justificación, añade que tampoco él, «estando en España [en la Península], osaría decir cosa alguna contra Galeno o contra los Griegos». Más valiente se muestra en el *Coloquio Quincuagésimo cuarto*, cuando habla de las facultades purgativas del turbit y hace intervenir en la explicación a un médico hindú, tras lo cual, Ruano da a entender que Garcia da Orta es más partidario de las enseñanzas de los árabes que de las de los griegos: «No avancéis más por ahí, no digo mal de los griegos por ser inventores de las buenas letras, como decís, sino por ser inventores de muchas mentiras, y por seguir muy malas costumbres, por ser afeminados en sus costumbres: y desde que Roma los recibió, recibió muy malas cosas. Y a pesar de todo, no digo mal de ellos por lo que escribieron sobre lo que había en sus tierras, sino por lo que escribieron sobre las que les eran ignotas; ahí llenaron sus libros a voluntad, sirven de ejemplo las cosas que de la India escribieron, tan fabulosas; os afirmo que de estas tierras de la India supieron más los Arabios, es decir, erraron menos que los Griegos».

Orta critica, corrige y rectifica, desmiente y niega a antiguos y modernos de la cultura científica y filosófica de tradición occidental, al mismo tiempo que describe y analiza materias orgánicas e inorgánicas: el cobre y el imán (desmiente la leyenda de que las imantadas islas Maldivas atraigan las naves a causa de los clavos de hierro que sustentan sus estructuras), diferentes tipos de piedras preciosas (rebate la autoridad de Plinio sobre la resistencia o la capacidad venenosa del diamante), perlas y madreperlas, la piedra de bezoar (una segregación calcárea de origen animal que se utilizaba como antídoto), la crisocola (un silicato de cobre que servía para soldar oro), el marfil, especies vegetales como el áloe, el ámbar, el amomo, el cálamo, el alcanfor, el cannabis, el opio, la canela, la pimienta, el clavo, el jengibre o el azafrán, y perfumes, inciensos, maderas aromáticas y resinas balsámicas. Largas explicaciones para todo aquello que las naves portuguesas fueron desembarcando durante dos siglos en el Tajo lisboeta para ser exportado desde allí hacia los ansiosos mercados europeos. Y largas y exactas explicaciones también sobre la composición y preparación de medicamentos y sobre sus reacciones y dosis, así como relatos de su experiencia en curas de enfermedades como el cólera, la sarna, la lepra o picaduras de insectos y serpientes. Consciente de la importancia de la información que está proporcionando y responsable de su labor como corrector, se esfuerza por ser objetivo, prudente y claro, y no duda en recurrir al saber de médicos y científicos orientales para entender y para aprender. Sin embargo, aprovecha los conocimientos orientales desde su mentalidad

Garcia da Orta defiende lo real y lo racional, y rechaza implacablemente lo especulativo o la explicación fantasiosa.

puramente occidental, pragmática y epistemológica. De sus razonamientos se deduce que difícilmente hubiera podido llegar a introducirse en el proceso de explicación del dolor y de la enfermedad desde una perspectiva oriental, aunque muchas veces elogia algunos de los sistemas curativos indolores propios de aquellas medicinas. Tras advertir el franco desprecio que García da Orta demuestra ante actitudes pseudocientíficas occidentales de carácter marcadamente supersticioso, fácilmente se entiende que el médico no dedique atención a la influencia de las metafísicas orientales en la explicación de la vida y de la muerte del hombre. Es poco probable que la idea religiosa hindú y budista de la retribución de los actos de los hombres, directamente relacionada con la explicación del dolor o la enfermedad, captase su interés.

de dolor que conlleva la vida mantiene una proporción directa con el comportamiento seguido en encarnaciones de etapas anteriores. Toda religión y toda sociedad, tanto occidental como oriental, genera sus propios sistemas de control de la conducta moral; pero eso no implica que éstos sean comprensibles para las diferentes sociedades: si para un occidental cristiano era incomprensible la autoimposición del sufrimiento fuera del ámbito de la penitencia, tampoco un hindú podía entender el suplicio en la cruz de un ser prefecto y libre de culpa, el castigo a un dios.

En sus *Colóquios*, García da Orta ilustra y prueba muchas veces sus argumentos con referencias a sus consultas e intercambios de opinión con médicos musulmanes -los *hakins*- e hindúes -los *vidyas*-.



El biombo Nambán es un exquisito fruto de la mezcla entre las tradiciones occidental y oriental.

Al pensamiento occidental le costó entender qué sentido tenía el dolor en el imaginario oriental. Desde el punto de vista religioso, podía ser atractivo el carácter doloroso de la condición humana y su obligatoria presencia como camino de liberación en las metafísicas hindú, jainita y budista, y hasta se podían hallar puntos de coincidencia con la actitud cristiana, pero con dificultad un occidental, religioso o no, podía entender que el dolor quedara justificado por el propio orden del mundo, sin la intervención directa de Dios, y que el sufrimiento estuviera relacionado con las etapas de la rueda de las transmigraciones, donde no importa tanto el *nacimiento* como la *metamorfosis*, o la muerte se entiende como una proyección cíclica hacia otra forma de vida. El valor absoluto que tiene la vida para el pensamiento occidental encaja mal con el que el pensamiento oriental da a la *conducta*, ya que la carga

Probablemente por el contacto con la medicina árabe en su época de formación salmantina, muestra un mayor respeto por los primeros, y parece que se encuentra más cómodo entre ellos porque conoce bien las obras de Avicena, Rasis, Mesué y las versiones griegas (incluso se siente con autoridad para censurar la influencia en materia médica de la cultura hindú sobre la musulmana). Se considera mejor formado en materia médica que los musulmanes, pero reconoce que puede aprender mucho de ellos sobre farmacopea y botánica. Pero si con los *hakins* se trataba de igual a igual, guardando las distancias debido a la solemnidad de las normas protocolarias de las cortes orientales, no actúa así con los *vidyas*, no tanto porque se sienta intelectualmente superior a ellos (que también, como asimismo sobre los musulmanes) como por el hecho de que éstos fueran *sudras*, de casta muy baja. Critica

algunas de sus prácticas, como la abstinencia o su desconocimiento de la anatomía, pero es capaz de reconocer que ha aprendido mucho de ellos. Sin embargo, lo que García da Orta aprendió de los médicos hindúes siempre se circunscribió al ámbito de lo práctico y nunca al teórico: nunca llegó a tomar contacto con la amplia, aunque también desconocida para los mismos hindúes de la época, literatura médica indostánica. Durante los siete u ocho siglos de cultura hindú

los antiguos tratados sánscritos, incluso hubiera sido difícil, prácticamente imposible, descifrar la lengua y los caracteres en los que estaban escritos; el saber médico pertenecía a la cultura y la tradición oral, y Orta lo expresa varias veces: los hindúes curan por «experiencia y por costumbre».

De la otra gran cultura oriental, la china, de donde García da Orta esperaba y recibía información sobre



El rey D. Sebastiao fue un personaje histórico convertido en leyenda y que presidió míticamente las conquistas portuguesas en el Renacimiento.

precedentes a la era cristiana se elaboró en la India un sistema explicativo racional de las dolencias, el *Ayurveda* o «saber sobre la longevidad», que se recogió en dos tratados médicos sánscritos de principios de la era cristiana, el *Caraka Samhita* y el *Sushruta Samhita*. En ellos, las enfermedades se agrupan según son causadas por factores exógenos o por desequilibrios de los elementos que forman y mueven el cuerpo. Estos elementos derivan de aquellos que, a su vez, constituyen el universo -tierra, agua, fuego, viento y vacío-, de manera que el universo y la vida de los seres forman parte de la misma explicación cosmo-fisiológica. La conducta del hombre, la alimentación o el clima pueden desequilibrar su estado vital, y esta alteración da lugar a la enfermedad o al dolor. De ahí la importancia de la medicina preventiva en la cultura hindú: la práctica del yoga (que tanto sorprendía a los viajeros occidentales y que aparece reiteradamente en las crónicas de viaje renacentistas), las técnicas de respiración o la elaboración o combinación de alimentos. Pero en la época de García da Orta no se tenía acceso a

especies botánicas, quizás lo más interesante para el médico portugués hubiera sido llegar a entender la explicación que la medicina china da a los elementos endógenos que causan las enfermedades. El organismo humano es un microcosmos que la piel protege, pero se comunica con el macrocosmos a través de puntos concretos del cuerpo. La conexión entre esos puntos mediante el correcto flujo de la energía vital evita el dolor y las enfermedades. Por tanto, como en el pensamiento hindú, también en China se establece una relación directa entre actitud religiosa -aunque el concepto de *religiosidad* sea marcadamente diferente-, explicación científica, práctica de la medicina preventiva -la incomprendible, para los occidentales, acupuntura, los masajes y la farmacopea- y dietética. Pero no hay alusiones a la medicina china en los *Colóquios* de Orta; sí las hay respecto a la riqueza de sus materias orgánicas e inorgánicas y a su farmacopea, e insistentes muestras de admiración por su ancestral civilización, que el médico se esfuerza por conocer, aunque reconoce la insuficiencia de información que llegaba hasta él,

El culto a la verdad es la religión de Garcia da Orta; de ahí la permanente obsesión a lo largo de los *Colóquios* por desvelar errores asumidos como verdades y por darles pormenorizada explicación.

sobre todo de los territorios al norte de Cantón, poco frecuentados por los portugueses.

En el Museu Nacional da Arte Antiga de Lisboa se pueden observar en la actualidad unos grandes y minuciosamente decorados biombos japoneses de principios del siglo XVII. El pintor japonés Kano Naizen, del período Momoyama y principal representante de la llamada Escuela de Kano, decoró esos biombos para describir la espectacular llegada a las costas del Japón del *Barco Negro* de los *nanbân* que cubría las rutas comerciales entre Goa, Macao y Nagasaki. *Nambân* era el vocablo que los japoneses usaban para designar a los extranjeros, los bárbaros del sur; y por extensión, todas las obras de arte nipón que recogen la presencia occidental en las islas reciben el nombre de *Arte Nambân*. Esos biombos prolijamente decorados permiten identificar figuras con indumentarias, rasgos físicos y comportamientos claramente europeos, entre ellos, los largos y austeros hábitos negros de los jesuitas. Cuando los primeros portugueses llegaron al Japón -hacia 1543 según algunos historiadores-, el médico Garcia da Orta ya llevaba diez años en la India, por lo que pudo observar cómo a partir de la década de los cuarenta empezaron a llegar barcos en los que viajaban gran número de misioneros jesuitas. La Compañía de Jesús nació con espíritu viajero. Su misión era dispersar a sus padres por el mundo para unir a la humanidad bajo la palabra evangélica; y con ese espíritu llegó a Oriente Francisco Javier, miembro fundador de la Compañía, y desembarcó en 1549 en el puerto japonés de Kagoshima. Junto al Evangelio llegaron muchas otras novedades a una zona del mundo que, en líneas generales, había quedado aislada y fuera de los circuitos de conexión entre Oriente y Occidente. Por aquellas fechas, junto a la pólvora -cosa sorprendente, teniendo en cuenta la proximidad de China y su dominio desde hacía siglos de las técnicas de fabricación armamentística- llegaron por primera vez a Japón el reloj, la lana, el terciopelo, el tabaco, el aceite, el vino y el azúcar, los botones, los lentes y la navegación astronómica y la cartografía. Y además de las misiones y las casas de misericordia, se extendieron por la isla la práctica de la medicina, la cirugía y la imprenta. Antes de la llegada occidental, la medicina japonesa, de herencia china, así como la astronomía y las matemáticas, se encontraban en un estancamiento científico que se remontaba a siglos, y se practicaba mezclada con supersticiones y hechicerías o con ritos místicos budistas. En este sentido, y desde el punto de vista de la materia médica, aparte de sus riquezas naturales (la plata, sobre todo), poco aportó al conocimiento de la época la cultura nipona y, por el

contrario, sí recibió grandes novedades. De hecho, toda novedad ofrecida por los *nambân* era asimilada sin resistencia, a excepción de aquello que significaba la causa primera de la presencia occidental en Japón, el cristianismo. Debido a la deficiente situación científica de Japón, difícilmente Garcia da Orta se podía llegar a mostrar interesado por la actividad intelectual de una región asiática aislada y desconocida en aquellas décadas y, sobre todo, incomparable al poder de atracción que ejercía China.

Al margen del valor de la información que los *Colóquios* ofrecen a la cultura renacentista, la actitud y el talante de Garcia da Orta, su rigor, la seguridad que le da su experiencia, la claridad expositiva de sus opiniones y demostraciones, su fidelidad a la verdad, su prudencia ante lo desconocido, la duda constante, la perseverancia y su capacidad deductiva colocan al médico portugués en uno de los lugares más altos de la ciencia moderna. Sin embargo, la época no le acompaña: en Occidente, las crónicas y los tratados que se empiezan a publicar en la segunda mitad del siglo XVI se ven envueltas en el flujo de una literatura de tono doctrinal y apologetico que recomienda el ascetismo y la renuncia, y el dogmatismo ideológico europeo también llega a los espacios ultramarinos orientales. El integrismo contrarreformista se expande como una enfermedad, y también ahí el viaje de expansión oceánico que Occidente llevó a cabo durante los siglos renacentistas -ese viaje geográfico, político y económico, de descubrimiento y contacto de culturas- tiene un papel protagonista en el movimiento de la marea no sólo ideológica sino también física. El viaje oceánico y sus contenidos evoluciona a la par que una noción científica que también nace en el siglo XVI y que es consecuencia del estudio del movimiento geográfico de los hombres y sus enfermedades: el contagio. Si a través del viaje se puede observar cómo se conocen los mundos, se imponen las ideas, se rechazan las creencias o se mezclan las culturas y las sociedades, también se puede ver cómo se contagian las enfermedades. Si el descubrimiento de los nuevos espacios obliga a una nueva conciencia geográfica, astronómica, cultural, política y étnica, junto a ese descubrimiento, también la enfermedad recorre esos mismos espacios. Junto a la canela, la seda y los esclavos, junto a la palabra de Dios y la voluntad del rey, junto a las especies botánicas que Garcia da Orta espera en el puerto de Goa, viaja también la enfermedad y todo lo que con ella arrastra, el miedo, la superstición y el sufrimiento. Si a través del mapa, el cartógrafo entiende el mundo como uno solo, si el cosmógrafo observa un universo infinito y sin límites donde la Tierra no ocupa ya su centro, de la misma manera, el médico entiende ya que la enfermedad se

Pensamientos y obras como las de Leonardo, Vesalio, Amatus Lusitanus o Garcia da Orta han dejado su huella en el imaginario intelectual europeo y ultramarino.

transmite de un individuo a otro, al margen, definitivamente, de la voluntad de Dios. Sin embargo, la conciencia del siglo XVI todavía no es capaz de dar una explicación científica exenta del peso de la superstición a la gran dolencia de los siglos renacentistas, las patologías venéreas, y concretamente la sífilis. El mal físico y el erróneo comportamiento moral, el pecado de lujuria, se mezclan en esta enfermedad cuyo origen algunos historiadores sitúan ya en los primeros barcos castellanos que regresaron de América, y que en pocas décadas se extendió por toda Europa y Asia, hasta China y Japón. Tan rápida fue esta expansión microbiana que en 1530, el médico y poeta italiano Girolamo Fracastoro escribió un exitoso poema, *Syphilis sive de morbo gallico, liber tres*, en el que explica el origen de la enfermedad y le da nombre, la describe y ofrece consejos terapéuticos para sanarla; será Amatus Lusitanus el primero en idear una prótesis metálica para la nariz y la boca cuya misión era paliar el deterioro del paladar que la dolencia causa. Si la actitud pragmática del médico renacentista es capaz de entender que las enfermedades pueden transmitirse y que responden a una causa natural cuyo estudio es imprescindible para poder hallar un método curativo, el imaginario moral de la sociedad, empujado por el dogmatismo tardorrenacentista y el despotismo ideológico del contrarreformismo, une a la enfermedad contagiosa el concepto religioso de castigo. El contagio pasa a ser así una de las múltiples metáforas del viaje oceánico: el germen viaja, se expande y contamina, de la misma manera que las ideas y los dioses se imponen y eclosionan. No llegó a sufrir el castigo en vida el médico Garcia da Orta -muere en 1568-, aunque sí después de muerto, cuando en 1580 la Inquisición quemó sus huesos y sus obras.

Dos fechas paradigmáticas, 1568 y 1580, para la historia del médico, pero también para la historia de Portugal y de Occidente. En 1568 y a la edad de catorce años, asumía la corona de Portugal el joven y huérfano rey D. Sebastião. Tres años después, Catarina de Austria, hermana de Carlos V y viuda de D. João III, encargó al pintor de origen español Cristóvão de Morais un retrato de su nieto, el rey. La figura de D. Sebastião y su biografía quizás sean la mejor metáfora del trastorno que Occidente sufrió en las últimas décadas del siglo XVI. El cuadro es imponente y simbólico: quiere ofrecer una imagen heráldica del rey, adornado con una manierista y labrada armadura de origen milanés que subraya el lujo de la corte portuguesa de la época, pero también muestra el afán de gloria del joven monarca; el galgo, emblema de D. Sebastião, espera con humildad la caricia de una mano femeninamente enojada; el brillo mate del metal de la armadura y la oscuridad del fondo del cuadro iluminan el inquietante rostro del rey. Es ahí donde la mirada del espectador concentra toda la atención: la cabeza es pequeña, el

pelo débil, entre rubio y cobrizo, la tez pálida, se advierte una oreja un poco enrojecida; la mirada verdosa de D. Sebastião es fría, un poco estrábica, entre perdida y punzante; el ojo derecho es el de un enfermo, el izquierdo es arrogante y poderoso; los párpados están hinchados, tanto como ese rosado labio inferior, excesivamente carnosos, en el que un estado febril permanente acumula la sangre. La fragilidad física dominaba la vida de un rey obsesionado por la guerra y las conquistas; obsesión que le llevó a desaparecer en África luchando en una absurda cruzada contra el infiel, y con él se perdió la propia dinastía portuguesa y la independencia nacional y territorial respecto a la vecina corona castellana.

El mismo año que Cristóvão de Morais pinta el retrato de D. Sebastião, el poeta -y viajero- Luis Vaz de Camões obtiene licencia del Santo Oficio para editar la gran epopeya heroica del viaje oceánico portugués, *Os Lusíadas*. Siete años después desaparece D. Sebastião en su anacrónica aventura africana. En diciembre de 1580, el mismo año en el que muere Camões y en el que en Goa el Santo Oficio manda quemar los huesos del médico Garcia da Orta, el rey Felipe II, tío directo de D. Sebastião, entra en Lisboa con legítimo derecho sobre la corona portuguesa y sobre sus territorios oceánicos. El viaje ultramarino no termina aquí, ni obviamente la lucha por la independencia de la ciencia, su ansia de descubrimiento, su afán de saber, pero sí se cumple una de las etapas más ricas y plurales de la historia del pensamiento occidental. Occidente se oscurece con la oscuridad del tenebrismo barroco, pero pensamientos y obras como las de Leonardo, Vesalio, Amatus Lusitanus o Garcia da Orta han dejado, ya para siempre, su huella en el imaginario intelectual europeo y ultramarino.

Lecturas recomendadas

- Crombie AC. *Historia de la ciencia: de San Agustín a Galileo, siglos XIII-XVII*, vol. II. Madrid: Alianza, 1993.
- Eisenstein EL. *La revolución de la imprenta en la Edad Moderna europea*. Madrid: Akal, 1994.
- Gouveia AJ, Andrade de. *Garcia da Orta e Amato Lusitano na ciencia do seu tempo*. Lisboa: ICLP, 1985.
- Hale J. *La civilización del Renacimiento en Europa: 1540-1620*. Barcelona: Crítica, 1996.
- Orta, Garcia da. *Colóquios dos simples e drogas da Índia, 2 vols*. Lisboa: IN-CM, 1987.
- Rei D. *La revolución científica*. Barcelona: Icaria, 1978.
- Sendrail M. *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid: Espasa-Calpe, 1983.
- Soler I. *El nudo y la esfera: el navegante como artífice del mundo moderno*. Barcelona: El Acantilado, 2003.
- Zöllner F. *Leonardo da Vinci: obra pictórica completa y obra gráfica*. Madrid: Taschen, 2003.

Aprender y Enseñar en Ciencias de la Salud

Educación Médica

Revista Internacional Journal

Publicación
indizada en
IBECs

La revista Educación Médica es una publicación trimestral internacional editada por la Fundación Educación Médica.

La revista nació en 1998 y su objetivo es promover y difundir los estudios y los avances científicos en el campo del desarrollo profesional en ciencias de la salud, en sus diferentes niveles: pregrado, postgrado y formación continua.

La publicación es multiprofesional e interdisciplinar, y está auspiciada por las diferentes instituciones de excelencia:

Association for Medical Education in Europe (AMEE)

Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)

Associació Catalana d'Educació Mèdica (ACEM)

Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas

Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Odontología Españolas

Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería Estatales



Contactos y suscripciones a
Amigos de la Fundación Educación Médica:
neurofis@medicina.ub.es

FUNDACION

MEDICINA Y HUMANIDADES MEDICAS

FUNDACIÓN PRIVADA



Pau Casals 22, 6º - 08021 Barcelona - Tel. 93-240-23-23. Fax 93-240-23-24
e-mail: fundacion@fundacionmhm.org - <http://www.fundacionmhm.org>

CREACIÓN, FINALIDAD Y OBJETIVOS

La **Fundación Medicina y Humanidades Médicas**, fundación privada sin ánimo de lucro, fue creada en el año 2001 por D. José Antonio Dotú. Durante 30 años dirigió compañías editoriales por él creadas, con las que la edición médica en español alcanzó estándares y niveles de calidad internacionales.

A través de esta nueva fundación, su creador pretende dar continuidad a su labor de servicio a la Medicina y las Ciencias de la Salud, y de manera muy especial contribuir al desarrollo de las **Humanidades Médicas**.

La Fundación cuenta con un Patronato compuesto por personalidades muy relevantes de la Medicina y el sector de la salud en España, que constituyen la mejor garantía de salvaguarda de los fines de la Fundación y calidad de sus actividades.

Los objetivos de la Fundación son:

Ser una organización independiente, abierta, no adscrita a ninguna corriente ideológica o de pensamiento, ni a ningún credo o formación política, que pretende estimular el progreso científico y humanístico de la Medicina y las Ciencias de la Salud desde el máximo respeto a la dignidad de la persona.

Contribuir a la información y formación continuada en Medicina y Humanidades Médicas de los profesionales del mundo de la salud desde la mayor exigencia y rigor científico e intelectual.

Ofrecer a la sociedad en general plataformas de reflexión acerca de cuestiones tan trascendentes como la salud, la enfermedad y las ciencias y profesiones que se ocupan de ellas, que tantas expectativas, incertidumbres, dilemas y conflictos generan en el mundo actual.

La Fundación establece, por razones de origen y residencia geográficos, como su primordial compromiso y obligación, el servicio a la comunidad de países de habla española. No obstante, manifiesta su clara voluntad de universalidad en cuantas actividades pueda acometer.

AL SERVICIO DE LA MEDICINA Y DE LAS HUMANIDADES MÉDICAS

CUERPO Y CREACIÓN EN MIGUEL ÁNGEL

RAFAEL ARGULLOL

Filósofo y escritor. Catedrático de Estética y Teoría de las Artes. Facultad de Humanidades. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona (España)



Barcelonés, escritor, Catedrático de Estética de la Universitat Pompeu Fabra. Ha publicado una veintena de libros. Sus últimos títulos son: *Una aventura. Una filosofía nómada* (1998), *El afilador de cuchillos* (1999), *Davalú o el dolor* (2001), *Una educación sensorial* (2002), *Manifiesto contra la servidumbre* (2003).

Resumen

En «Cuerpo y creación en Miguel Ángel» se pretende relacionar la evolución de la trayectoria artística del artista florentino con sus ideas acerca del cuerpo humano. A lo largo de su prolongadísima travesía en la primera fila del arte Miguel Ángel fue evolucionando drásticamente en su perspectiva de la corporeidad. Al principio estuvo vinculado a las doctrinas del humanismo toscano, exaltando consecuentemente la belleza y luminosidad de los cuerpos. Con el paso de los años, sin embargo, el artista se fue alejando de esta herencia para entrar en una fase de paulatina conflictividad con la anatomía humana. Por un lado recuperó aspectos de la ideología medieval y por otro adelantó muchas coordenadas pertenecientes al universo del barroco. A través de sus crisis religiosas y filosóficas y, en especial, del insuperable antagonismo entre materia y espíritu, la última etapa de Miguel Ángel está presidida por el «inacabado» y el escepticismo con respecto a la belleza física. En el texto se relacionan todas esas cuestiones estéticas con la «enfermedad de la melancolía» y con los rasgos caracterológicos de los «nacidos bajo el signo de Saturno». Tras la biografía célebre de Vasari, Miguel Ángel se convierte en la piedra angular para edificar la figura del artista en la cultura europea, figura que llegará a su mayor radicalismo con la conciencia romántica y con la modernidad.

Palabras clave: Cuerpo. Melancolía. Renacimiento. Creatividad.

Abstract

BODY AND CREATION IN MICHELANGELO

The aim of this article is to relate the evolution of the artistic trajectory of the Florentinian artist with his ideas about the human body. Through his greatly prolonged crossing in the artistic foreground, Michelangelo's perspective of corporeity dramatically evolved. At the beginning, he was involved with the doctrines of the Toscan humanism; consequently praising the beauty and luminosity of the bodies. Over the years, however, the artist went on withdrawing from this inheritance to enter a phase of gradual discordance with the human anatomy. On one side, he recovered features of the medieval ideology and, on the other, he set ahead a lot of coordinates belonging to the universe of the Baroque. Through his philosophical and religious crisis and, specially, the unbearable antagonism between matter and spirit, the last period of Michelangelo was presided by the «unended» and the skepticism regarding the physical beauty. In the text, all those aesthetic questions are related with the «illness of melancholy» and the caractereological features of the «born under the sign of Saturn». After the celebrated biography of Vasari, Michelangelo became the keystone to build up the figure of the artist in the European culture, figure that reached its greatest radicalism with the arrival of the romantic conscience and the modernity.

Key words: Body. Melancholy. Renaissance. Creativity.

Introducción

Francisco de Hollanda nos refiere la opinión de Miguel Ángel según la cual el artista «tiene la habilidad de inventar aquello que nunca fue encontrado». Sean o no exactas dichas palabras, no hay duda que recogen certeramente la concepción del hombre al que son atribuidas. La recurrencia al espejo de la naturaleza, la *mimesis*, tiene todavía un lugar importante en el proceso artístico miguelangeliano en cuanto nutridora de materias primas transformables pero, a diferencia de lo que ocurre en los primeros tiempos renacentistas -tanto en la fase de superación de los estilos gótico y bizantino como en buena parte del *Quattrocento*-, ya no es la fuente vertebradora del arte. La creación artística («la habilidad de inventar») no plasma la realidad captada, ya encontrada sensorialmente por tanto, sino «aquello que nunca fue encontrado», es decir, lo que debe ser descubierto. O, más bien, lo que se está descubriendo, pues el proceso de creación es, al mismo tiempo, un proceso de descubrimiento.

Para Miguel Ángel el arte es creación absoluta, pero no creación desde la nada sino desde el caos. Si la Creación del Mundo es el resultado del dominio ordenador de la mente divina, la *creación del mundo* que se realiza mediante el arte es la consecuencia de la intervención del intelecto humano en el caos de la materia. Al igual que Dios, el *alter deus*, el artista, se enfrenta, y debe vencer, al caos. En la materia yacen ocultas, cubiertas por la confusión de las apariencias, las formas divinas que el artista percibe por revelación y aísla intelectualmente mediante «conceptos» o «ideas». En esta noción del proceso artístico se hace evidente la convergencia de las dos grandes influencias que operan en el pensamiento de Miguel Ángel: la cristiano-bíblica y la platónica. Por la primera, el Dios del Génesis, creador y ordenador de la materia desde el espíritu,

delega en el artista -mediante revelación- la tarea de retornar, también a través de la creación y la ordenación, al espíritu desde la materia. Por la segunda, el artista, como hombre capaz de intuir la «belleza esencial», está destinado a desentrañar, en el seno de la naturaleza, las formas de aquella belleza. En ambos casos la circularidad es patente: lo divino o lo «esencial» es revelado al artista para que éste, a su vez, trate de desvelarlo en el mundo material. Las dos operaciones tienen en común la acción de des-cubrir. Des-cubrir en lo inferior (la materia) lo superior. El arte parte del descubrimiento y tiene como fin el descubrimiento.

El proceso de creación artística

La forma preexiste en la mente del artista antes de que éste lleve a cabo su obra; la forma está aprisionada en la materia antes de que la creación artística la libere. Y precisamente la labor de rescate de ésta, de acuerdo con la guía de aquélla, determina la posibilidad trascendente del arte y, también, su responsabilidad trágica. Nadie, antes de Miguel Ángel, ha expresado tan rotundamente dicha convicción. Sin embargo, ya antes, en algunas afirmaciones de Leon Battista Alberti, y especialmente luego en las doctrinas neoplatónicas de la Academia de Carreggi, se encuentran las teorías que desembocarán en el radicalismo miguelangeliano. Alberti otorga tanta importancia al «proyecto» que muchas veces, por fidelidad a éste y por temor a la inexactitud de su realización, rechaza la eventualidad de llevarlo a término, inaugurando la tensión, a menudo insostenible, entre teoría y práctica, que afectará a numerosos artistas del Renacimiento maduro hasta culminar en la tendencia al *non infinito*, cuando no al directo abandono de la obra, en hombres como Leonardo y Miguel Ángel. Por otro lado también en el mismo Alberti se configura la creencia, luego elevada a



La Pietà, obra de un jovencísimo Miguel Ángel, revolucionó el ambiente artístico renacentista con su delicada belleza y su fuerza dramática.

Para Miguel Ángel el arte es creación absoluta, pero no creación desde la nada sino desde el caos.

postulado estético por Miguel Ángel, de que la imagen que debe buscar el arte se halla prefigurada en la materia. Así, en su libro *De Statua*, aproximadamente de 1464, se adelanta de modo explícito la idea miguelangeliana de la figura prisionera de la piedra («figura indita et abscondita») que corresponde al artista liberar.

En la constelación del neoplatonismo florentino, cuyo mejor momento coincide con los años de aprendizaje de Miguel Ángel, adquieren relevancia sistemática las observaciones, todavía fragmentarias, de Alberti. En el período en que Marsilio Ficino escribe la *Theologia Platonica* y su comentario al *Banquete* de Platón, y Giovanni Pico della Mirandola sus reflexiones sobre las *Enéadas* de Plotino (a finales del siglo XV), la idea de que las formas divinas están presentes en la mente del artista mediante revelación-intuición y la certeza de que la actividad artística, siempre dirigida por el intelecto, debía dar forma a lo espiritual penetrando en la cárcel de la materia, era de uso corriente en los pensadores más influyentes. El propio Lorenzo de Medici, protector de todos ellos así como del joven Miguel Ángel, lo manifiesta en sus versos:

«Così nostro intelletto al tuo risponde
E se intendiam, l'intelligenza tua
Ci illumina alle cose alte e profonde»¹

El *intelletto* es, por tanto, el intermediario por el cual la percepción de lo divino abre la capacidad de adentrarse (o iluminar) lo esencial (las cosas altas y profundas). Al intelecto se le concede la intuición de lo divino para que busque -y se eleve hacia- lo divino. Así queda definida la senda central del acceso al conocimiento y la belleza para el platonismo florentino. Ahora bien, tal vez nunca en la historia como en estas décadas finales del *Quattrocento* se haya identificado tan íntimamente belleza y arte o, como diría Goethe, la consecución de lo bello como «el principio fundamental y anhelo supremo del arte». En esta etapa de la cultura florentina, en la que se cimentará la formación de Miguel Ángel y a la que, a pesar de los posteriores avatares romanos, nunca renunciará, la asunción de la belleza es el núcleo de la reflexión estética: el problema del arte es, en su sentido último, el problema de la

En los poemas de Miguel Ángel el intelecto aparece claramente con la doble función de captación y guía desde y hacia lo divino.

belleza. Sin embargo, en los círculos neoplatónicos, se destaca otra equivalencia: el problema de la belleza es, también, el problema de lo divino.

En su comentario al *Banquete* Ricino ha definido la belleza como aquel esplendor que emanando del rostro de Dios penetra todas las cosas y, a partir de tal definición, ha sentado el origen divino del arte y la presencia de revelación en el artista. Pero, además de la reinterpretación de Platón, también las teorías de Plotino se incorporan al «corpus» del neoplatonismo florentino e influyen poderosamente en el tratamiento de la tríada Dios-belleza-arte. En las *Enéadas* Plotino relaciona la belleza del mundo con la belleza divina, declarando la presencia de la «forma ideal» de ésta en aquélla. Situado



En los últimos años de su vida Miguel Ángel dejó expresamente muchas obras inacabadas, como *La Pietà Rondanini*.

en el seno de esta relación fundamental corresponde al arte poner al descubierto el testimonio divino del mundo. No obstante, el artista sólo penetra en la «forma ideal» -y, por tanto, en la conjunción de la belleza del mundo y la belleza esencial- en la medida que es capaz de entrar en contacto con la mente divina. El *nous* plotiniano, en gran parte similar al uso del término *inlelto* por ciertos humanistas y asimismo por Miguel Ángel, es la vía de captación de lo divino y, en consecuencia, el motor que posibilita al artista el acercamiento a las formas divinas del mundo.

Para Miguel Ángel, de la misma manera que es tarea del hombre ahondar en su componente espiritual, incumbe al artista poner de relieve la componente espiritual de la piedra.

La leyenda del artista moderno

En los poemas de Miguel Ángel el intelecto aparece claramente con la doble función de captación y guía desde y hacia lo divino. A través de él se generan los conceptos (*concetti*) que constituyen las representaciones interiores del artista. Estas representaciones tienen una doble dimensionalidad: por una parte, son un efecto de la comunicación de la mente del artista con la mente divina; por otra parte, de la intuición que aquél posee de las formas ideales yacentes en la materia. Los cuatro primeros versos del soneto más famoso de Miguel Ángel no dejan lugar a dudas sobre esta cuestión:

«Non ha l'ottimo artista in se alcun concetto,
Ch'un marmo solo in se non circoscrive
Col suo soverchio; e solo a quello arriva
La man che ubbidisce all'inlelto»²

El concepto, en cuanto forma ideal que debe intuir el artista, está ya circunscrito en el mármol. Está *in se* en la materia. No obstante, al mismo tiempo, el concepto se halla alojado, como representación interior, en la mente del «ottimo artista» -el genio-, único capaz de abrirse plenamente a la revelación divina. Está *in se* en el artista. De tal manera que la virtualidad del arte estriba, precisamente, en su capacidad para recorrer el camino que une y separa estos dos estados del concepto.

La exigencia y dificultad de recorrer este camino sintetiza la concepción miguelangeliana de la creatividad artística, situando en sus exactas coordenadas el carácter de la lucha del artista. La mano, la realización práctica, debe someterse a los dictámenes del intelecto si aspira a rescatar las formas ideales alojadas en la materia. Al tratar de extraer la imagen pura alojada en la piedra se hace evidente la alta responsabilidad y el riesgo de fracaso a los que se enfrenta el artista por excelencia, el escultor. Éste, al golpear con su cincel la piedra «basta y dura», recurre al esfuerzo corporal. Aparentemente el combate se

desarrolla en términos físicos: la mano, los sentidos, frente a la resistencia de los materiales. No obstante, el auténtico combate es aquel por el cual el espíritu del hombre se propone liberar la sustancia espiritual incrustada en la piedra. La materia lucha con la materia, pero el espíritu busca al espíritu.

Religión y belleza

Para Miguel Ángel la naturaleza humana y la piedra son simétricas: en ambas se da la contradictoriedad entre la apariencia matérica y la forma esencial contenida en ella. De la misma manera que es tarea del hombre ahondar en su componente espiritual, incumbe al artista poner de relieve la componente espiritual de la piedra. Pero para que esto se produzca debe mediar un proceso de destrucción, de abrimiento. En un madrigal de 1538-41 Miguel Ángel vincula la contradicción entre materia y espíritu en la piedra y en el hombre:

«Si como per levar, donna, si pone
In pietra alpestra e dura
Una viva figura,
Che la più cresce u'più la pietra scema;
Tal alcun'opre buone,
Per l'alma che pur trema,



El David era para Miguel Ángel no sólo el orgulloso vencedor de Goliat sino el símbolo del nuevo artista.



En El Génesis de la Capilla Sixtina Miguel Ángel trajo su propia obsesión del artista como creador de mundos.

Cela il superchio della propia carne
Co'l'inculta sua cruda e dura scorza»⁵

En el hombre («aun en el alma sensible») la vertiente espiritual se halla cubierta por la «inculta y áspera apariencia de la carne», de tal modo que el escultor-poeta, sintiéndose impotente, convoca a la destinataria de su madrigal -Vittoria Colonna- para que le «quite la envoltura». Algo semejante ocurre en el proceso artístico: al labrar el escultor la piedra, ésta deja aparecer la «viva figura» que contenía y ocultaba. El cuarto de los versos es indicativo de la manera en que esto tiene lugar. «Che là più cresce u'più la pietra scema»: la imagen perseguida -el «concepto» presente *in se* en el artista y en la materia- va concretándose en la medida que la piedra va decreciendo. El cincel del escultor, bajo el dictado de su intelecto, abre -pierde, por así decirlo, materialidad-, se autodestruye para dejar al descubierto la imagen que se debate en su interior.

La exigencia de que la mano del artista sea guiada por el intelecto y sea fiel al «concepto» otorga un especial dramatismo al acto creativo. El escultor se halla ante la doble responsabilidad de reflejar certeramente aquello preconcebido en su mente y de liberar, gracias a ello, la forma espiritual contenida en la materia. En Miguel Ángel esta doble responsabilidad deriva, a menudo, en insatisfacción, bajo la creencia de que el proceso creativo se corrompe, sea por la ausencia de poderosos «conceptos», sea porque éstos quedan falseados en la realización práctica. Las consecuencias de esta conciencia de corrupción son inmediatas: abandono o destrucción de las obras, melancolía, desconfianza en las propias posibilidades del arte... Sin embargo, esta insatisfacción es, en ocasiones, asumida en el propio quehacer escultórico. Éste es el caso, por ejemplo, de las *Prisiones* de la Academia Florentina y, sobre todo, del *San Mateo*.

El querido carácter inacabado de esta escultura parece mostrar que Miguel Ángel ha interrumpido el

esculpido en el momento en que su cincel ha abierto suficientemente el mármol para que, disminuida la presión de la materialidad, la figura empiece a liberarse. Si la acción creadora es, como hemos visto, descubrimiento -el espíritu busca al espíritu a través de la materia-, en el *San Mateo*, Miguel Ángel no llega al final del proceso de descubrir, sino que se detiene en un estadio intermedio. La figura está en un «estado de descubrimiento», pero no está enteramente descubierta. La forma pura emerge de la entraña de la piedra, pero sigue aprisionada por ésta. Podría decirse que en esta obra Miguel Ángel ha querido mostrar su concepción del proceso artístico. La figura, la forma pura, el espíritu aún no se ha desprendido de la materia: sigue en lucha con ella, apenas escapando a su cárcel.

Miguel Ángel es el primer artista que representa la *enfermedad de la creación*. Indudablemente contribuyó a ello de manera esencial Vasari, que en sus *Vidas* hizo hincapié en la diferencia miguelangesca en el seno de una época asimismo diferente⁴. Vasari popularizó el *genio* del artista y, asociado a él, su rebeldía moral, su ansiedad espiritual y su destino de hombre «nacido bajo el signo de Saturno»⁵. Así, la melancolía y la pasión, la enfermedad y la furia quedaron asociadas, por primera vez, a la creatividad artística. A través de la pluma de Vasari y otros cronistas Miguel Ángel se convirtió en el molde de una silueta que llegaría a su apoteosis con la figura del artista romántico.

Ahora bien, lo cierto es que Vasari, en su decisivo libro para dar a conocer la enorme obra del

**Miguel Ángel es el primer artista
que representa la enfermedad de
la creación.**



En El Juicio Final de La Capilla Sixtina se refleja la *terribilità* y el dramatismo religioso del último Miguel Ángel.

Renacimiento, no hace sino recoger un eco que reverberaba por las ciudades italianas en vida del propio Miguel Ángel. Aunque desde la época de Giotto se va cimentando la leyenda del *artista nuovo*, Miguel Ángel significa un fenómeno inédito de repercusión y celebridad. Paralelamente a su arte, el público romano conoce progresivamente los rasgos que tejen su hipotética psicología: *la enfermedad del alma*, de la que habla Miguel Ángel en sus poemas, es ampliamente conocida por parte de sus contemporáneos.

Pero, en última instancia, es el arte mismo de Miguel Ángel, desde dentro, el que ha marcado la pauta. El supuesto «fracaso del arte» en su tarea de rescatar las formas divinas lleva al artista a la percepción de que el desequilibrio no es sólo espiritual sino también sensorial. En el último tercio de la trayectoria creativa de Miguel Ángel el «cuerpo se vuelve contra el cuerpo», la figura se descorporiza, la exaltación de la salud, traducida antes en elogio de la belleza física, da paso a la exteriorización de la *infirmetas* anatómica.

Si, frente a la conciliación del *Génesis* entre platonismo y cristianismo, *El Juicio Final* simboliza la recuperación del Dios medieval, juzgador y condenador, el autorretrato que pinta Miguel Ángel en el altar de la Capilla Sixtina encarna la expresión más cruel de su tensión trágica. Al autorretratarse, con los rasgos

desencajados, en el pellejo de San Bartolomé, el artista dictamina sacrificialmente esa *enfermedad de la creación* que se incorporará, como piedra angular, al mito del artista moderno.

Inevitablemente, una concepción del arte como la que tiene Miguel Ángel conlleva una visión de la creación como lucha sin cuartel. Lucha espiritual, pero también lucha física. Fuerza para abrir la materia y violencia para llegar a la forma. En ese combate por alcanzar la belleza perfecta, en esa insaciabilidad jalonada por las más sublimes creaciones y las más terribles desesperaciones reconocemos la tragedia de Miguel Ángel. Para ella sus contemporáneos encontraron una hermosa palabra: *terribilità*.

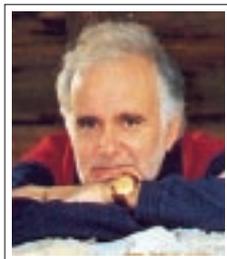
Notas

1. Michelangelo Buonarroti. *Rimé*. Milano: Rizzoli, 1975.
2. Ibidem.
3. Ibidem.
4. Vasari G. *Vidas*. Madrid: Cátedra, 2002.
5. Wittkower R y Wittkower M. *Nacidos bajo el signo de Saturno*. Madrid: Cátedra, 1982.

DE LA MELANCOLÍA Y LA MORS VOLUNTARIA

RAMÓN ANDRÉS

Poeta y musicólogo



Nació en Pamplona en 1955 y curso estudios de violoncelo. Fundó y co-dirigió la Escuela de Música Antigua de Barcelona (1983). Ha impartido numerosos seminarios sobre organología e historia de la música y ha realizado diversas giras como intérprete de música medieval y renacentista. Ha editado varios libros de autores clásicos, entre los que se cuentan los *Sonetos completos de Gabriel Bocángel* (1986) o una antología de poesía barroca, *Tiempo y caída. Temas de la poesía barroca* (1994). Es autor de tres libros de poemas, *Imagen de mudanza* (1987), *La línea de las cosas* (1994) y *La amplitud del límite* (DVD, 2001). Entre sus publicaciones sobre temas musicales destacan *Diccionario de instrumentos musicales* (2001), obra única en su género, y *Mozart* (2003). Su último trabajo es *Historia del suicidio en Occidente* (2003).

Resumen

La relación entre la melancolía y el suicidio es algo que la Historia ha venido constatando a lo largo de una abundante documentación. Son las dos caras de una misma moneda con la que no se puede comprar el bienestar emocional del ser humano. Ambas responden a la insatisfacción, al tedio, a la insuficiencia del mundo. Ambas, también, denotan el deseo de un ideal, de un estado superior que conduce al no dolor y, sin embargo, se presentan como una involuntaria afirmación de la vida. El presente artículo esboza, desde los filósofos griegos hasta los tratadistas medievales, y aun posteriores -tal es el caso de los maestros de los siglos XVII y XVIII- cómo ha sido considerado este fenómeno en el que confluyen razones no sólo ideológicas, sino también patológicas, sociológicas y culturales en una medida muy significativa.

Palabras clave: Melancolía. Suicidio. Ética. Pasiones.

Abstract

ON MELANCHOLY AND THE MORS VOLUNTARIA

The relation between melancholy and suicide has long been accounted by History through a vast documentation. They are the both sides of a coin that cannot be used to buy the emotional welfare of the human being. Both of them respond to the insatisfaction, the boredom, and the world's insufficiency. Both also denote the wish for an ideal that leads to the absence of pain and, notwithstanding, appear as an involuntary affirmation of life. This article draws up, from the Greek philosophers to the medieval treatisers, and even later ones -such is the case of the masters of the XVIIth and XVIIIth centuries- how this phenomena, into which not only ideological but also pathological, sociological and cultural reasons converge to a very significant extent, has been considered.

Key words: Melancholy. Suicide. Ethics. Passions.

Introducción

Un quiromántico podría decir que leer la mano de Judas, esa mano que Goltzius grabó en 1558, permite ver en las rayas el destino de un melancólico. La sinrazón, el malestar, la confrontación de distintos planos éticos, la debilidad, en fin, el deseo de malograr la perspectiva de un devenir superior -en este caso, ser fiel a Jesús- son rasgos que desde antiguo se atribuyeron a los melancólicos. Personas emboscadas en la tiniebla, ávidas de una realidad que jamás responde al ideal por ellas formulado. El afectado por la bilis negra -el término melancolía procede de los vocablos griegos *mélas*, «negro» y *cholé*, «bilis»- es un ser que vive el mundo como insuficiencia, se conduce del *non suffit orbis*, esquivo el presente, su afán de excelencia es incompatible con lo cotidiano, ese eco de un fluir degradado. Por ello, tras el estado melancólico, se encierra -lo veremos más adelante- una voluntad de poder, un violento desacuerdo; de ahí que históricamente se haya asociado con el acto radical del suicidio, al menos hasta las más tardías décadas del siglo XVIII. Freud y sus continuadores estudiaron y pusieron nombre a algo implícito en la raíz misma de la conciencia y en el primer desarrollo de las civilizaciones: el impulso de muerte, el deseo de destrucción, propia o ajena.

Si contemplamos algunas de las xilografías de *La nave de los locos* (Stultifera navis), obra que Sebastian Brant dio a la imprenta en 1494, vemos que los suicidas y los «decaídos de alma» forman parte de una población desheredada, marginal, cuya conducta era considerada, a partes iguales, entre el delito y la locura. En algunos tratados miniados, particularmente de la Edad Media, la figura del melancólico aparece con cauterizaciones en la cabeza, tratamiento análogo que se aplicaba a quien había intentado quitarse la vida. Muchos de los nacidos de la estirpe de Caín, por decirlo en palabras de Geremek, eran juzgados y apartados, enfermos de mal augurio sometidos a suplicios, embarcados en esa metafórica nave que río abajo transportaba una carga de insensatos, hacinada entre las mercaderías que debían descargarse en los muelles.

Ciertamente, las autoridades -miembros de los consejos municipales, clérigos, médicos y legisladores- cedieron por lo común a la intemperancia, con lo que los castigos hacia quienes mostraban conductas extrañas o decidían acortarse la vida fueron de la mayor dureza. ¿Castigar a un melancólico? ¿Castigar a un suicida? Una copiosa documentación atestigua que, a partir de la Edad Media, y especialmente en el linde del siglo XI, las sanciones contra los suicidas fueron tan variadas como violentas. La incautación de los bienes era práctica habitual, así como la prohibición de inhumarlos en suelo sagrado. El cementerio, generalmente situado al lado de la iglesia, era un lugar destinado para quien había muerto acorde con Dios, de modo que el suicida se enterraba en lugares apartadizos, y no era infrecuente que su cuerpo permaneciera insepulto, apenas disimulado, en el mejor de los casos, por unas piedras o unos leños, o bien depositado en un estercolero. Es notorio que en muchos lugares de Europa no se lavara el cadáver de los epilépticos, de los locos, tampoco el de los melancólicos, el de las mujeres que habían muerto de parto, y todavía menos el de los suicidas.

A partir de la Edad Media, y especialmente en el linde del siglo XI, las sanciones contra los suicidas fueron tan variadas como violentas.

Razón y locura

Esta actitud de desafección, desde luego, no sólo expresaba la desaprobación social, sino también una aprensión alimentada por las supersticiones. No en vano, el loco, el nacido bajo la influencia de Saturno y el suicida formaban parte de una genealogía transgresora del orden. Así, éstos debían ser corregidos, aunque fuera tras la muerte. El estigma del maleficio llevó a obrar de la manera más indecorosa. A menudo se les colgaba de los pies, y era conforme a la costumbre exhibirlos sobre unas andas para que las gentes de mal pasar tomaran escarmiento. No fueron pocos los casos en que se acusaba al suicida de felonía (*felo de se*), por lo cual, después de un macabro juicio, sus restos eran pasados por la horca o decapitados. En Danzig se bajaba el cuerpo de quien había recurrido a la *mors voluntaria* por una polea, y luego, el marco de la ventana por la que había sido descendido, se arrancaba o quemaba. Fue ejercicio común llevarlos a la huesa en los carros de los animales sacrificados. Ello ocurría en España, en Francia, en Inglaterra, en Italia. En la ciudad de Metz solía introducirse al suicida en un tonel y echarlo al Mosela para que las aguas alejaran un alma indigna y sufriente. En 1439 cayeron tan intensas lluvias sobre Basilea, que la ciudad quedó inundada; sus habitantes atribuyeron la desgracia al hecho de que una mujer, que se había privado de la vida, fuese enterrada en tierra sagrada. El Consejo municipal decidió exhumar el cuerpo y echarlo al Rin. La ciudad se restableció pronto.

La lista de agravios sería tan larga que resulta ocioso mencionar las represalias tomadas contra quienes han interrumpido, según la mentalidad occidental, el jerárquico orden del tiempo y la recta *ratio*, aunque esta procediera, contradictoriamente, de la religión. Quemar las ropas del desaparecido, enterrarlo en los cruces de caminos para que el alma no supiera retornar al hogar del difunto, no fueron únicamente actitudes testimoniales del pasado, dado que durante una buena parte del siglo XIX, y con puntual rigor en Gran Bretaña, la inhumación se producía en las intersecciones

No fueron pocos los casos en que se acusaba al suicida de felonía (*felo de se*), por lo cual, después de un macabro juicio, sus restos eran pasados por la horca o decapitados.

viales a fin de que el paso de los carruajes despistara al yacente, de suerte que no pudiera orientarse a la hora de un supuesto regreso. A mediados del siglo XX, en algunos lugares de Portugal, España y Francia, y muy en particular en las zonas rurales, las lápidas de los alienados y los suicidas se marcaban, y todavía hoy es frecuente encubrir los suicidios, que por un tácito pacto social se anuncian como muertes accidentales, enfermedades, o, simplemente, repentinos trastornos del ánimo.

1621, son tan sólo unos ejemplos entre los innúmeros libros médicos en que se manifiesta dicha influencia. De hecho, no hay acto ni disciplina alguna que se evalúe al margen de las cuestiones morales. Sería pueril pensar que el lenguaje, una de las armas arrojadas de filo más infame, está exento de ello.

Pensemos que la palabra *suicidio* es un neologismo aparecido tardíamente, en el siglo XVII, concretamente en *Religio medici* de Thomas Browne, obra impresa en



El Bosco reunió en su misteriosa obra un mundo onírico que se adelantó al surrealismo moderno.

Un neologismo, y el temor de vivir y morir

La moral ha tenido, y sigue teniendo, una honda incidencia en la medicina. Podría decirse que es un componente de la misma. Ivan Illich no se cansó de repetir que el bistori cortaba a la profundidad que la moral permitía. El estudio de los temperamentos, ya sea en el *Tractatus de quaternario* (h. 1100) o en la clásica *Anatomía de la melancolía*, que Robert Burton, el «Montaigne inglés», dio a la luz por primera vez en

1642. Es de suponer que el término ya circulara por Inglaterra desde hacía unas pocas décadas: se trata de un vocablo procedente del latín en el que intervienen dos palabras, *sui* («de sí mismo») y *caedere* («matar»), toda vez que la terminación deriva de *homicidium*. Jamás fue usada una expresión de tal naturaleza con anterioridad, pues entre los griegos era frecuente el *autocheir*, que venía a significar «actuar por propia mano», o emplear circunloquios como «acabar con la vida» o «darse la muerte», giros que mantuvieron su equivalencia entre los latinos. Petronio, por ejemplo,

En el Canon de medicina de Avicena se manifiesta que los melancólicos presentan una fuerte tendencia a desear la muerte, sufren de ansiedad y desidia, están de continuo meditabundos y su imaginación delirante les lleva a padecer visiones extrañas.

afectaba el clima, el insomnio les acosaba, y solían padecer dolores estomacales, a los que Galeno había dado una gran importancia. Éste los describió iracundos, penetrantes, de digestión rápida, temerosos a un mismo tiempo de vivir y morir. Tantas eran sus obsesiones, que uno «temía que Atlante, cansado de sostener el mundo, lo derribara destruyéndose a sí mismo y a nosotros con él»⁸.

Asimismo, en el *Canon de medicina* de Avicena, fallecido en 1187, se manifiesta que los melancólicos presentan una fuerte tendencia a desear la muerte, sufren de ansiedad y desidia, están de continuo meditabundos y su imaginación delirante les lleva a padecer visiones extrañas, diablos, artilugios de compleja mecánica y aves desconocidas⁹. No son muy distintas las apreciaciones de autores como Hugo de San Víctor, a los que juzga de «soñolientos y vigilantes», pues están dominados por la acedia o *evagatio mentis*¹⁰. Hildegarda von Bingen¹¹, para quien la melancolía tenía su raíz en la Caída de Adán, pues, según ella, al comer la manzana se coaguló su sangre, detectó diferencias entre los varones y las mujeres que sufrían dicha afección. Así, los hombres biliosos son suspicaces y reservados, proclives a la palidez, capaces de pasar del entusiasmo al abatimiento en apenas unas horas, desnortados y muy dados a la concupiscencia. Tienen comercio con la mujer y, sin embargo, la odian. Mas las melancólicas tienen un difícil trato con los hombres, suelen ser irritables y de complejión mediana, a menudo de piel amarillenta, de común infértiles y de carácter inmaduro, bien acogidas en el silencio.

La exculpación que Burton pedirá en *Anatomía de la melancolía* para el enajenado que se haya dado muerte no dista conceptualmente de las razones en los textos de medicina de la Baja Edad Media. A Boccaccio le parecía normal que alguien pensara en acortarse la vida, en despojarse del cuerpo cuando se halla siempre «malinconoso e malcontento»¹². La iconografía de entonces representa a estos hijos de Saturno con unos rostros de sinrazón, recostados, de mirada extraviada, trasijados, de curva espalda misantrópica, como en el tratado *Von den vier Complexion der Menschen* (siglo XV) guardado en Tubinga.

Bajo la luz plomiza de Saturno

Desear revivir el pasado es prueba de la insatisfacción del presente, y en este sentido el

Renacimiento fue un ejercicio de regresión, la apuesta por una idealidad que chocaba frontalmente con la vida cotidiana. Porque no todo eran patios con escalinatas de mármol ni artesonados de cerezo. Ningún caminante encontraba a su paso los paisajes del Pinturicchio, luminosos, con aves esmaltando el aire. Los humanistas italianos, empleados en recomponer el sueño áureo de Grecia y Roma, tuvieron una visión muy distinta de lo aportado por personalidades como Erasmo, Tomás Moro y Juan Luis Vives, quienes denunciaron la precariedad en que vivía la población, amontonada en chamizos, rodeada de aguas pestilentes y de cadáveres que, a causa de las epidemias, yacían alineados en las calles a la espera de ser enterrados en grandes fosas. Goltzius cuenta que, para sus estudios de dibujo anatómico, trataba de acercarse, en la medida de lo posible, a los muertos agolpados en las esquinas, y lo hacía con un pañuelo en la cara para soportar el hedor. Es razonable que Hermann Broch pensara que el Renacimiento, época del incipiente positivismo, tuviera como distintivo una actitud juvenil, y que por esa misma razón estuviera condenado al fracaso.

Fue tal la veneración hacia el pasado, que el suicidio y la melancolía se convirtieron en enseñanzas de la nobleza, los intelectuales y los artistas, dado que



Giotto fue el gran pintor que anticipó el Renacimiento, tanto por su estilo como por sus contenidos, en los que se hace presente ya el nuevo sujeto moderno.

En el Renacimiento fue tal la veneración hacia el pasado, que el suicidio y la melancolía se convirtieron en enseñanzas de la nobleza, los intelectuales y los artistas, dado que remitían a la Antigüedad.

remitían a la Antigüedad. Había Lucrecias, Catones, Lucanos y Sénecas en todas las cortes. En el *Relox*¹³, sin edición hasta 1611, Antonio de Guevara aprueba la costumbre de un pueblo «de la India» en el cual se daban muerte a los cincuenta años para evitar la descompostura de la vejez. En esa misma época, Pierre de Lostal ensalzó en *Les discours philosophiques* de 1578 los méritos de los suicidas que «ornaron» la Antigüedad. Así las cosas, y en contraposición a la condena del suicidio por parte de la Iglesia, no fueron pocos los moralistas e intelectuales -pensemos en Montaigne, Girolamo Cardano y John Donne- que se posicionaron en su defensa, o al menos en su justificación. Este proceso de idealización, por así decir, es altamente perceptible en las obras de los maestros que plasmaron figuras de suicidas, como lo es también en la literatura. Si comparamos la *Desperatio* pintada por Giotto hacia el año 1300 -en la paduana Capella degli Scrovegni-, mujer ahorcada y de puños todavía tensos, como asidos a la culpa, con el retrato de *Simonetta Vespucci recreada como Cleopatra*, pintado entre 1500 y 1510 por Piero di Cosimo (Musée Condé), se detecta una extraordinaria traslación del significado del acto suicida. En el lienzo de Cosimo es todo serenidad, reflejo de un mundo ordenado, indoloro, silencioso. La muchacha está de perfil, con los pechos desnudos. Alrededor del cuello, entrelazada en un collar de plata, se desliza una serpiente.

No es una casualidad que Lucas Cranach pintara por lo menos veintidós telas de Lucrecia dándose muerte. Qué distintas las Lucrecias de Antonio da Firenze y Francesco Raibolini. Es llamativo observar la evolución de la serie del maestro alemán por cuanto revela un cambio expresivo, muy marcado a medida del transcurrir de los años. La *Lucrecia* conservada en Kreuzlingen y pintada en torno a 1510, estática y sin violentar el rostro, apenas guarda parecido con la misma noble romana que aparece en la obra de Cranach terminada hacia 1530 (Kunstmuseum, Basilea). Su cara es lastimera, pero sobre todo melancólica, con los ojos hundidos y las cejas enarcadas en oblicuo. Tiene el cabello crespo y un despojamiento en la frente, muy semejante a la *Lucrecia* del mismo artista guardada en el Muzeum Narodowe de Varsovia y fechada en 1538. Se diría que es la encarnación misma de la melancolía, el anuncio de que tarde o temprano morirá un mundo, una época, una determinada luz. Es una resquebrajadura que permite ver la Caída, cuya máxima aceleración se produjo en el XVII, el siglo menos proclive a los espejismos.

El navarro Juan Huarte de San Juan, en el *Examen de ingenios para las ciencias* de 1575, que al poco de

aparecer fue prohibido por la Inquisición, trató largamente la naturaleza de los melancólicos y las consecuencias de dicho desarreglo de los humores. En una curiosa comparación, este pugnaz médico y escritor de fuste, refiere que si a cuatro hombres enfermos les pusiésemos delante un paño azul para juzgar el color, el primero, aquejado de «humor cristalino» o «sanguino», diría que es rojo; el que padece «de cólera» lo vería amarillo; el flemático lo tendría por blanco, mientras que el afectado de bilis negra lo creería negro. Según Huarte, cuya ironía y presteza mental se repartían a partes iguales, declaraba la imposibilidad del bienestar humano, antes bien el hombre es un animal neurótico por definición y sometido a su propia servidumbre. Además -escribe- nada favorece a quien de continuo está sujeto a los cambios del clima; incluso el aire le trastorna, puesto que el viento le lleva a respirar «aires contrarios», de suerte que «el que está hoy en Jerusalén, corriendo Levante, lo echa en las Indias de Poniente»¹⁴. ¿No recuerda esto al hundimiento del que hablaban Stig Dagerman, Celan y Cioran cuando sobreviene una lluvia repentina o clarea de improviso? El componente fisiológico, argumenta Huarte, resulta tan determinante que es del todo vano pretender que el espíritu posea dominio del cuerpo, y más teniendo en cuenta que unos son recios y los otros entecos.

Éste los observa apartadizos, cree que los melancólicos desean poner fin a sus días a causa de su temple arisco e indómito, gentes de ásperas y pocas carnes, imaginativos, avezados a los decaimientos y a las repentinas bravuras, cuya sabiduría nace de la melancolía, en razón de que en ellos la bilis negra -dice- da compostura al cerebro, y así «viven en una perpetua lucha y contienda, sin tener quietud ni sosiego»¹⁵.

Fueron tan numerosos los libros y escritos sobre la melancolía y sus efectos, que, ciertamente, suponen una fuente capital para un estudio histórico del suicidio. Un ejemplo es el de Peter Barrough, cuyo compendio declara que los poseídos por la acedia «desean la muerte y muy a menudo consideran y determinan matarse»¹⁶. Sin embargo, ya hemos visto que el más interesado en el análisis del fenómeno melancólico y sus derivaciones fue Burton, el autor de la citada *Anatomía de la melancolía*. Por muchas críticas que haya recibido el extenso libro, al que se le ha achacado desorden, exceso de citas y una articulación poco coherente, tiene razón Starobinski al afirmar que en la *Anatomía* cabe toda una biblioteca.

Burton sabía que muchos suicidios se producían a causa de esta enfermedad, para la cual propone un

Freud, en *Duelo y melancolía*, admitía que la melancolía, inductora de tendencias suicidas, está sujeta a un concepto que ni siquiera la psiquiatría descriptiva había podido determinar.



Cranach incorporó el tema de la muerte de Lucrecia, habitual en la pintura renacentista, para ilustrar la cuestión siempre polémica del suicidio.

interminable y variopinto recetario, desde la borraja al clásico elébora, desde las semillas de anís a la betónica y la ruda. Cuenta que a algunos favorece ponerse junto al bazo una piedra llamada quelidonio, que nace en el vientre de la golondrina; otros mejoran escuchando música, otros con purgantes, y los hay que se curan llevando una esmeralda al cuello. No sólo la vejez, la mala dieta, el aire insano, la vigilia y el cansancio facilitan ceder ante la melancolía; Burton asegura que no son menos importantes lo que él llamaba discordias del cerebro, de las cuales nacían la avaricia, el inmoderado deseo de aplauso, la filautía o egoísmo, el honor, el apetito concupiscible y, por supuesto, la vergüenza. El humanista inglés relata el ejemplo de Sófocles, que se suicidó al no soportar que una obra suya fuera silbada, al igual, según cuenta, que Aristóteles, quien decidió acabar con la vida, avergonzado como estaba al no poder entender «el movimiento de Euripo». Menos ilustre es el caso de un sabio predicador holandés que paseaba por los campos de Alkmaar; de pronto «se vio sorprendido por una diarrea, y por lo tanto debió retirarse al foso más cercano; como quiera que fue visto por algunas mujeres nobles de su parroquia [...] estaba tan abochornado que nunca después mostró su cara en público ni subió al púlpito, sino que se consumió de melancolía»¹⁷.

Una parte de la obra de Burton, de forma más o menos explícita, parece querer excusar los actos de los suicidas atendiendo a la debilidad humana y a los impedimentos con que los hombres se encuentran a cada paso para cumplir la vida sin enojo. La legislación al respecto era tan dura que Burton buscó justificación, como años antes lo había hecho el poeta John Donne en *Biathanatos*, redactado en torno a 1609 o 1610. De algún modo quería impedirse, por parte de una minoría culta, que los dados a una *mors voluntaria* recibieran humillación: se talaban los árboles de sus propiedades, se tapiaban las ventanas de la casa, se exhortaba al olvido de su nombre. Puede asombrar que Luis XIV permitiera en el Código Penal de 1670 las mutilaciones a suicidas. Esta ley todavía era contemplada en un decreto del Parlamento de París de 1749, y llegó a derogarse en 1789, cuando la Revolución Francesa -ello suena a chanza- instituyó que los suicidas recibieran el mismo tratamiento que un «criminal». Como pidiendo comprensión de antemano, ya que Robert Burton fue encontrado ahorcado en su casa de Oxford el 25 de enero de 1640, proclama que «Se debe mitigar la crítica hacia aquellos que, sufriendo largos años, se violentan a sí mismos: lo que le ocurre a uno, le puede ocurrir a cualquiera [...]». No deberíamos ser tan precipitados y rigurosos en nuestras críticas como lo son algunos; la caridad juzgará y esperará lo mejor»¹⁸. Hacia el final del capítulo ruega clemencia para los desvalidos que viven bajo la plomiza luz de Saturno, han perdido la guía y, al igual que la nave sin timonel -comenta-, están condenados a chocar contra una roca o a quedar varados en los arenales.

La muerte que no se alcanza

En 1790 Weickhard efectuó una sutil distinción entre las enfermedades del espíritu y las del sentimiento. Habían quedado atrás revoluciones, tanto científicas como políticas, promulgaciones de derechos del ciudadano y acontecimientos que cambiaron, al menos aparentemente, el panorama social. El campo médico no quedó al margen de tales novedades. El citado Weickhard pensó que entre las enfermedades del primer grupo (*Geisteskrankheiten*) debían considerarse la idiotez, el delirio, los trastornos de la imaginación, la lentitud de espíritu (*tarditas ingenii*) y la ausencia de memoria (*oblivio*); más significativo, para el interés de nuestro texto, es el segundo, en el que se enfatiza sobre conceptos muy ligados a la idea de melancolía que tuvieron los antiguos, expresiones consideradas patológicas de un indomable malestar, expresadas en el fanatismo, la erotomanía, la cólera y el orgullo. Dichos estados los asoció a la «excitación», que tiene en su contrario la «depresión», cuyos síntomas y consecuencia son la tristeza, la envidia, la desesperación y el suicidio¹⁹. Es cierto que este afán de sistematización responde a una nueva estructura de racionalidad espoleada por el ideario de las Luces, aunque su orientación divisoria no prosperó y cambió sobremanera durante el siglo XIX, una orientación que, según Foucault, quedó establecida en lo que llamó «grandes especies: manía, o paranoia, o demencia precoz», las cuales son catalogaciones que no han funcionado más que a título de imágenes, y «sus conceptos claros y

explícitos han permanecido sin eficacia»²⁰. Con ello desea señalar que la melancolía y el suicidio siguen siendo de compleja clasificación y definición, y más teniendo en cuenta la evolución histórica de dichos términos, que escapan a lo establecido por la sociología y la psiquiatría. Es llamativo comprobar cómo conceptualmente la melancolía, el suicidio y la locura han permanecido difusos, y cómo ésta se ha constituido en un comodín de la razón.

La abundancia de libros aparecidos a partir de la segunda mitad del siglo XVIII con el objetivo de penetrar en la mente es sin duda indicativa. En 1758 Battie daba a la imprenta *A treatise of Madness*, una obra considerada como el primer tratado psiquiátrico y por ello una de las fuentes de inspiración del *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* que Philippe Pinel publicó en 1801. Incluso Kant²¹ dedicó un breve tratado a la locura, que imprimió anónimamente en 1764. Del melancólico opina que, respecto a sus tristes y enfermizas sospechas, es un delirante, un apesadumbrado, y ya sabemos que los estados atrabiliarios llevan a desear la muerte. Szasz y otros psiquiatras críticos con el sistema sanitario mental han declarado que en los dos últimos siglos se ha cumplido una «legitimidad del poder estatal disfrazado de diagnóstico y tratamiento médico»²². Las ideas de transgresión, pecado, desorden mental, homicidio de sí mismo, han sido absorbidas por la psiquiatría moderna y les ha dado el nombre de enfermedad, se ha podido cambiar la nomenclatura de «infractor» por la de «enfermo». Pero ésta es únicamente una cuestión de lenguaje, ya que no está en manos de ninguna ciencia condensar en un término lo que de por sí es inexplicable, la materia de ese *pulvis et umbra* horaciano. La medicina puede actuar como paliativo, lo mismo que la filosofía y el arte, pero el dolor moral no tiene ni tendrá tratamiento. El propio Freud, en *Duelo y melancolía*, escrito en 1915 y publicado dos años más tarde, admitía que la melancolía, inductora de tendencias suicidas, está sujeta a un concepto que ni siquiera la psiquiatría descriptiva había podido determinar.

Aquellos melancólicos y suicidas observados por los autores medievales, y más tarde por Lipsio, Montaigne, Burton y tantos más, son descritos por Freud como personas embargadas por un estado de ánimo doloroso, que presentan una cesación del interés por el mundo exterior, pérdida de capacidad amorosa y disminución del amor propio. Se cuestionó, a principios del siglo XX, por qué el melancólico, que se desprecia y declara egoísta, carente de ideas propias, celoso de sus debilidades, ha tenido que enfermar para descubrir estas

supuestas verdades y llegar al conocimiento de sí mismo. El odio dirigido hacia el «yo», un rasgo del melancólico, obra a favor del suicidio. Acometerlo es el jalón de dicho fenómeno, y más teniendo en cuenta que el inconsciente es inaccesible a la representación de la propia muerte. Al hilo de este discurso, Blanchot nos ha hecho comprender que la muerte voluntaria es negarse a ver la otra muerte, la que no se capta y nunca se alcanza.

Notas

1. *Carmina*, 25, 2.
2. *La Farsalia*, I, 461.
3. XX, 75.
4. *Fatal Freedom*. Westport, 1999. (Trad. cast.: *Libertad fatal*. Barcelona, 2002, pp. 24-25.)
5. *Problemata XXX*, 1, 953a.
6. *Ibid.*, 945b, 35.
7. *De locis affectis*, III, 7, 166.
8. III, 10, 193.
9. Cap. «Bilis negra y melancolía».
10. *De medicina animae*. En *Ptr. Lat.*, 176.
11. *Causae et curae*. En: J. Radden. *The Nature of Melancholy*. Oxford, 2000; 81-85.
12. *Ninfae Fiesolano*, LXX.
13. *Relox. Libro áureo del gran emperador Marco Aurelio con el Relox de Príncipes*. Madrid, 1611. En muchas partes del texto Guevara muestra la admiración ante el saber morir a tiempo y olvidarse de sí mismo.
14. *Examen de ingenios...* XX, 2.
15. *Ibid.*, X.
16. *The Method of Physick*. Londres, 1596; 46.
17. *Anatomía de la melancolía*, segunda sección, miembro III, subsección VI. Existe una traducción española de esta obra, en tres volúmenes, con un prólogo de J. Starobinski, publicada por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 1997-2002.
18. *Ibid.*, II.
19. *Der philosophische Artz*. Citado por M. Foucault. *Histoire de la folie à l'âge classique*. París, 1964; trad. cast., *Historia de la locura en la época clásica*. México D. F., 1967; I, pp. 303-304.
20. *Histoire de la folie...* II, p. 304.
21. *Versuch über die Krankheiten des Kopfes*. (Trad. cast.: *Ensayo sobre las enfermedades de la cabeza*. Madrid, 2001.)
22. *Op. cit.*, p. 80.

DE LA MATERIALIZACIÓN DEL YO A LA MATERIALIZACIÓN DEL IDEAL HUMANO: LA FISIOGNÓMICA, LA FRENOLOGÍA Y EL ARTE

ROSA SALA ROSE

Germanista y traductora. Barcelona (España)



Rosa Sala Rose (Barcelona, 1969) es licenciada en filología alemana y doctora en filología románica por la Universidad de Barcelona con una tesis sobre *Civilización y barbarie en la tradición del mito de Medea*. Actualmente trabaja como traductora literaria e investigadora independiente, con especial interés por la literatura clásica alemana (Goethe), el Nacionalsocialismo y la historia temprana del materialismo científico. Entre sus publicaciones destaca su *Diccionario crítico de mitos y símbolos del nazismo* (2003).

Resumen

Tanto la fisiognómica, popularizada en Europa por Johann Caspar Lavater a finales del siglo XVIII como, desde un punto de vista más pretendidamente científico, la frenología, fundada en Viena por Franz-Joseph Gall que tanto furor causó en la América de principios del siglo XIX, fueron pseudociencias que partieron de la convicción de que el yo individual está físicamente materializado en el cuerpo que ocupa, favoreciendo, por primera vez en la Europa moderna, la identificación entre el cuerpo y el alma. Con ello, esta convicción, aun habiendo surgido en el seno de la Ilustración, anticipa ya el materialismo científico de finales del siglo XIX. A través de la plasmación artística del ser humano en sus variantes antitéticas del retrato individualizado y del ideal, influidas desde muy pronto por estas nuevas «ciencias de materialización del yo», el presente artículo traza una reflexión sobre el modo en que la fisiognómica y la frenología, que en un principio aspiraron a lograr un mayor conocimiento del individuo en su singularidad, terminaron, en cambio, por contribuir al establecimiento de unos ideales físicos generalistas y preconcebidos.

Palabras clave: Fisiognómica. Frenología. Racismo. Materialismo.

Abstract

FROM THE MATERIALIZATION OF THE SELF TO THE MATERIALIZATION OF THE HUMAN IDEAL: PHYSIOGNOMICS, FRENOLOGY, AND ART

Both the physiognomics popularized in Europe by Johann Caspar Lavater by the end of the XVIIIth century and, from a point of view claimed to be more scientific, the frenology founded in Viena by Franz-Joseph Gall that was the rage in the America of the early nineteenth century, were pseudosciences that stemmed from the conviction that the individual self is physically materialized in the body that occupies, favorising, for the first time in Modern Europe, the identification between the body and the soul. This way, this conviction anticipated the scientific materialism of the late nineteenth century, though having sprung in the bosom of the Illustration. Through the artistic plasmation of the human being in its antitetic variants of the individualized portrait and the ideal, early influenced by these new «sciences of the materialization of the self»; this article draws up a reflection on the way that physiognomics and frenology, which began on aiming a better knowledge of the individual in his/ her singularity, ended, in its change, to contribute to the setting of some generalized and preconceived physical ideals.

Key words: Physiognomics. Frenology. Racism. Materialism.

Introducción

Durante su viaje de formación por Europa, el extravagante biógrafo escocés James Boswell tuvo ocasión de admirar en Potsdam el ejército de Federico el Grande. El 13 de julio de 1764 anota en sus *Diarios íntimos*: «Mis ideas sobre el valor del ser humano se han visto alterados desde que llegué a este país. Veo tal número de tipos apuestos criados para ser sacrificados en masa que los seres humanos parecen arenques en una temporada abundante. Uno no piensa nada de un par de barriles de arenques, y tampoco puedo pensar gran cosa de un par de regimientos de hombres»¹. En efecto, los soldados de Federico el Grande, popularmente conocidos como *die langen Kerle* o «tipos largos», eran reclutados a la fuerza en función del cumplimiento de un determinado ideal físico, caracterizado por la complexión robusta y una altura superior a la media. Para el rey de Prusia, la uniformización del ejército profesional, una consecuencia indirecta de la Guerra de los Treinta Años, no pasaba únicamente por el atuendo militar, sino que abarcaba incluso las cualidades físicas del soldado, desindividualizándolo al asemejarlo a los demás. Vistos a la suficiente distancia, es probable que Boswell tuviera razón y que los soldados de Federico el Grande no pudieran distinguirse mejor entre sí que un puñado de arenques.

A la desindividuación física por medio de la semejanza biológica y del uniforme, hay que sumarle asimismo la impuesta por la disciplina: «Los soldados parecen aterrizados», sigue anotando Boswell. «Por la menor falta son apaleados como perros. Con todo, dudo de si estos tipos no darán, a la postre, los mejores soldados. Las máquinas son instrumentos más seguros que el hombre»². Físicamente semejantes y con la personalidad anulada por la proverbial disciplina prusiana, las masas de hombres-máquina pretendidas por Federico constituyen un singular contraste con la tendencia rabiosamente individualizadora de la Ilustración europea de su tiempo y de la que dicho rey se consideraba representante. Con todo, no sería de extrañar que estas dos tendencias tan opuestas se alimentaran mutuamente: a mayor deshumanización política, mayor necesidad de individuación personal.

Puede que fuera muestra de esto último un curioso intento por oponerse a la tendencia uniformadora de la época que también conocemos por la pluma de Boswell: «Cuando él (el príncipe Leopoldo de Anhalt-Dessau) regresó de la guerra, reunió a sus valerosos granaderos e hizo pintar a una compañía entera de ellos del natural, con sus nombres escritos debajo de cada retrato. (...) Me gustó mucho la idea. Tenía un efecto de lo más singular»³. La fisonomía única e irreplicable de cada soldado, junto con su nombre, constituye el último territorio de supervivencia del yo. Destacar a un individuo apartándolo de la masa e individualizándolo constituye un honor; sin embargo, un honor que, una vez generalizado como sucede en este conmovedor retrato colectivo del príncipe de Anhalt-Dessau, resulta extrañamente chocante y grotesco. Se trata de un intento extremo de conjugar la dignidad personal con unas nuevas tácticas militares que requieren de una carne de cañón anónima, mecanizada y sin rostro.

Los soldados de Federico el Grande eran reclutados a la fuerza en función del cumplimiento de un determinado ideal físico, caracterizado por la complexión robusta y una altura superior a la media.

Ilustración y fisiognómica

Resulta significativo que fuera en este contexto histórico cuando, de la mano del pastor protestante suizo Johann Caspar Lavater (1741-1801), la «ciencia» fisiognómica alcanzó verdadera popularidad, hasta el punto de hacernos olvidar sus orígenes clásicos y su desarrollo renacentista⁴. Con sus *Fragmentos fisiognómicos para la promoción del conocimiento humano y de la filantropía* (1772-78), pronto traducidos al francés (1781-87), Lavater convirtió la fisiognómica en una moda que se extendió con inusual rapidez por el centro de Europa, dándole tal fama a su autor que su nombre quedó vinculado para siempre en el imaginario europeo con la «ciencia» que popularizó. Sin embargo, su éxito no se debe realmente a las aportaciones que hizo frente a la tradición fisiognómica que lo precedió, que no fueron muchas⁵. También las tesis de Lavater, al igual que sus antecedentes renacentistas, se basaban en la teoría neoplatónica de las correspondencias, aunque pasada por el tamiz de Swedenborg. La popularidad de su obra puede explicarse tan sólo a partir de la encrucijada intelectual en la que se dio a conocer, en una década, la de 1770, que oscilaba entre el racionalismo ilustrado y la irrupción de una nueva sensibilidad anunciadora del Romanticismo, en una constelación en la que el concepto del individuo adquiriría una preeminencia creciente. Que, como postulaba Lavater, el ser o la identidad de un individuo quedara inequívocamente reflejado en los propios rasgos, certificándose así su existencia, resultaba tranquilizador. Además, ofrecía una motivación para la exploración del propio yo más laica y menos tortuosa que el examen de conciencia postulado por las nuevas variantes del protestantismo.

Lavater todavía no habla como científico, sino como teólogo. Su afán empirista por el estudio de los rostros humanos, aun empleando métodos que el propio Lavater gustaba de considerar científicos, no busca sino confirmar la tranquilizadora hipótesis según la cual la naturaleza entera no es sino el lenguaje cifrado de Dios, un lenguaje en el que al rostro del hombre, creado a imagen y semejanza de su Creador, le corresponde el papel protagonista. Cualquier pecado o vicio, al alejarnos de la imagen de Dios, nos afeará también físicamente. El hombre bello es necesariamente virtuoso, del mismo modo en que el hombre feo es amoroso. Toda la ciencia fisiognómica de Lavater, su persistente tanteo de las revelaciones contenidas en uno u otro tipo de rasgo facial, consistiría únicamente en su contribución para el establecimiento de estas gradaciones.



Narices. Grabado de los *Fragmentos fisiognómicos* de Johan Caspar Lavater.

A fin de poder calibrar debidamente la graduación semántica de las facciones humanas, se imponía la necesidad de un rostro ideal o «rostro cero» cuya derivación generaría las miríadas de facciones individuales. De ahí que precisamente Lavater, el paladín del estudio de la individualidad física, fuera también un perseguidor incansable de la representación perfecta del rostro humano. Y de ahí también que el retrato mantenga una relación inseparable con el ideal, pues sólo a través de él el retratado puede definirse a sí mismo y establecer los límites de su propia individualidad. Sólo el artista puede retener las características individualizadoras de un rostro, pero, aún más que eso, sólo él puede proveer de las imágenes ideales a partir de las que orientarse en el bosque de las facciones humanas. De ahí que ya desde sus mismos orígenes se estableciera una relación simbiótica entre el arte y lo que se ha dado en llamar «ciencias de la materialización del yo»⁶.

Y es que las ideas de Lavater sugieren que el alma individual es susceptible de materializarse. El cuerpo no es la morada temporal y aleatoria de un alma intangible, sino su viva expresión física. De morada del alma, el cuerpo ha pasado a ser prisión, en la medida en que constriñe el alma al determinismo, un determinismo del que Lavater trataba de escabullirse recordando que «el ejercicio de la virtud embellece» y, por tanto, la mejoría

física está también en manos del hombre. «Embellece, sí», alegará después el genial aforista Lichtenberg, quien, feo y tullido como era, tenía sus buenas razones para ser un crítico acérrimo del fisiognomista suizo, «pero ¡cuán distinta es esa belleza de la que definiera Winckelmann!». El supuesto embellecimiento de la virtud apenas acierta a camuflar la crueldad determinista del lema de Lavater -«la virtud embellece, el vicio afea»- que asocia, sin escapatoria posible, fealdad física con fealdad moral.

Anatomía y filosofía

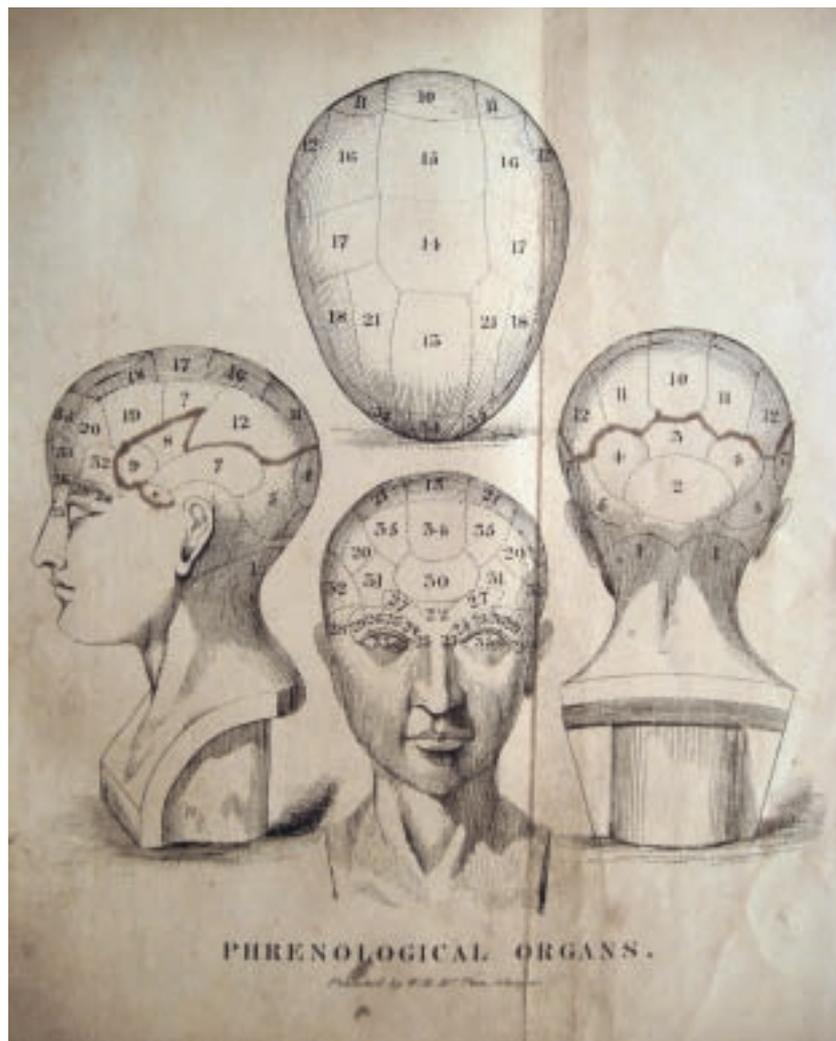
Con ello, Lavater, aunque inequívoco deudor de tradiciones anteriores, está dando ya un primer paso hacia el materialismo decimonónico. Su coetáneo vienés

Lavater convirtió la fisiognómica en una moda que se extendió con inusual rapidez por el centro de Europa.

Franz-Joseph Gall (1758-1828), médico y anatomista, fue quien daría el salto definitivo, sacando el materialismo y determinismo lavaterianos de su contexto teológico para incorporarlo ya definitivamente al discurso científico. Gall, ya en su tiempo considerado un «segundo Lavater» (aunque él siempre renegara de esta filiación), especuló desde muy pronto con la posibilidad de que hubiera una relación directa entre ciertas anomalías que detectaba entre algunos de los enfermos mentales del manicomio de Viena y el daño o malformación de su corteza cerebral. Por la vía de la observación empírica y de la acumulación de datos, llegó a desarrollar una teoría que, aun partiendo de premisas muy distintas, llegaba a establecer un curioso paralelismo con la fisiognómica lavateriana. Para Gall, cada una de las capacidades intelectivas del individuo estaría relacionada con un área específica del cerebro denominada «órgano». El mayor desarrollo de un órgano se refleja en el tamaño, lo cual, a su vez, crea una protuberancia localizada en el cráneo. De ahí que, por medio de una adecuada palpación de los bultos craneales y de su correcta localización, el experto pudiera determinar las características innatas de la personalidad del individuo⁷.

Las ideas de Lavater sugieren que el alma individual es susceptible de materializarse. El cuerpo no es la morada temporal y aleatoria de un alma intangible, sino su viva expresión física.

También en Gall, pues, quedaba materializada la individuación, aunque de un modo más patente que en Lavater: si en el fisiognomista el rasgo físico era un indicio de una cualidad del alma, para el craneólogo Gall los órganos son elementos indispensables para su funcionalidad. Así, el daño accidental de una parte del cerebro implica asimismo la desaparición de la capacidad anímica que le está asignada. En Gall, la independencia entre cuerpo y alma, ya seriamente minada por Lavater, desaparecía prácticamente por completo. Por primera vez, el alma y el cerebro pasaban a ser considerados como una misma cosa. También el determinismo



Cabeza frenológica de Spurzheim, con la numeración y definición de sus 35 órganos.
(J. G. Spurzheim, *Phrenology or the Doctrine of the Mental Phenomena*, Philadelphia, 1908.)

En Gall, la independencia entre cuerpo y alma, ya seriamente minada por Lavater, desaparecía prácticamente por completo.

implícitamente presente en las tesis de Lavater ganó en virulencia en la doctrina de Gall: quien, por ejemplo, tuviera desarrollado el «sentido del asesinato» difícilmente podía escapar a su destino natural como asesino.

También Gall, al igual que Lavater, se convirtió en una moda que no tardó en difundirse por toda Europa. Con todo, su auge no duró mucho: aun habiendo sido transitoriamente celebradas, al menos en la Europa continental, las teorías materialistas de Gall no pudieron competir con el auge del idealismo romántico. De ahí que, transcurrida la moda inicial, pasaran a un segundo plano hasta que en la segunda mitad del siglo XIX volvieron a estar acordes con el nuevo espíritu de los tiempos. No así, en cambio, en suelo anglosajón, donde las teorías de Gall conocieron un éxito inusitado ya de un buen principio, gracias sobre todo a la difusión que de ellas hizo en Norteamérica su antiguo discípulo Johan Gaspar Spurzheim (1776-1832) y, posteriormente, George Combe (1788-1858) en las Islas Británicas. Es a Spurzheim a quien debemos la denominación «frenología» para hacer referencia al sistema de Gall, término que adoptó al separarse de su maestro en 1813 debido a una disputa metodológica. Contrario al fatalismo del fundador de la disciplina, Spurzheim armonizó los nombres de los 27 «órganos» craneales, eliminando las connotaciones negativas de algunos de ellos. Así, el «sentido del asesinato» pasó a convertirse en *destructiveness*, una cualidad que, entendida como agresividad legítima, bien podía valorarse positivamente en una América todavía sumida en su proceso de colonización. Spurzheim incrementó el número de órganos hasta 35, neutralizando las connotaciones positivas o negativas de todos ellos.

En el país del *self-made man*, con una enorme movilidad social y geográfica, la frenología de Spurzheim hizo furoros. Las consultas frenológicas, así como los miles de «frenólogos prácticos» itinerantes, palpaban y medían los cráneos de sus clientes a fin de, entre otras cosas, recomendar la profesión más indicada para un niño, establecer un dictamen sobre la idoneidad marital de una pareja o analizar frenológicamente la eficacia de un futuro empleado por encargo de un empresario. En palabras de Charles Colbert, «a mediados del s. XIX la frenología ocupaba en la mente americana un lugar no muy distinto al que ocupó la psiquiatría en la década de 1930»⁸.

Frenología y arte

Por su misma naturaleza de lenguaje visual, era inevitable que tanto la fisiognómica como la frenología

mantuvieran desde el principio una estrechísima relación con el arte. Así, Lavater afirmó que su libro sobre fisiognómica sería muy útil para los pintores, cuyo arte «no es nada si no es también fisiognómica»⁹. Si hacia la década de 1770 Lavater había difundido la técnica de los retratos a contraluz ideada por É. de Silhouette como medio para el análisis fisiognómico, veinte años después Gall popularizó las mascarillas de yeso tomadas en vida como testimonio fidedigno de la parte anterior del cráneo de una persona, zona en la que se ubicarían algunas de sus cualidades más destacadas.

Y es que si, tanto en términos fisiognómicos como frenológicos, la cabeza es manifestación directa e inequívoca de las cualidades de la psique individual, adquiere una renovada importancia la idea de



The white Captive (1857) de Erastus Dow Palmer.

Lavater afirmó que su libro sobre fisiognómica sería muy útil para los pintores, cuyo arte «no es nada si no es también fisiognómica».

342

inmortalizarla, de preservar su rastro material. Así, el retrato, ya sea pictórico o escultórico, pierde parte de su valor artístico al tiempo que gana en valor documental. Nuevos criterios se le imponen al artista, cuyo realismo ya no se valora tanto en cuanto manifestación de su habilidad técnica como en cuanto fidelidad al modelo histórico que representa. La habilidad para conjugar la similitud con el embellecimiento del retratado, pretensión armonizadora que había dominado en gran medida en el retratismo tradicional, da paso a la búsqueda de la máxima precisión en el parecido, aun a costa de la belleza. «No creáis honrar a la naturaleza», exclama Lavater, dirigiéndose a dibujantes y pintores, «al mutilarla, limarla o, como vosotros decís, al ‘restarle dureza’. La naturaleza no es dura: es libre, pero *determinada*. Limarle su determinación significa limarle su fuerza»¹⁰. La nueva ciencia ofrecía modos concretos para destacar la individualidad del modelo más allá de toda consideración restringidamente estética. Si la escultura antigua evitaba la reproducción de venas y arrugas, la nueva escultura frenológica las respetaba. Después de todo, el artista cargaba con la responsabilidad de ofrecerle al frenólogo del futuro la posibilidad de juzgar al retratado sobre una base real¹¹. El pintor americano William Page incluso llegó al extremo de considerar el retrato como una rama de la historia¹². Sin embargo, ni siquiera esa pretensión de naturalismo absoluto impidió que los juicios apriorísticos tuvieran a veces más poder que la realidad: cuando el escultor Hiram Powers examinó la mascarilla mortuoria del político americano Daniel Webster, constató que tenía los ojos hundidos; sin embargo, sus conocimientos de frenología le decían que, dadas las grandes aptitudes lingüísticas que el retratado había tenido en vida, sus ojos debieron de haber sido prominentes, dado que detrás de los ojos se ubican algunas de las facultades lingüísticas. Powers no dudó en atribuirlo a la posición yacente del difunto en el momento en que se le tomó la mascarilla, de modo que esculpió su busto con ojos saltones, tal como él creía saber que fueron¹³.

Con todo, por mucho que los frenólogos afirmaran que «lo ideal es lo real», sería erróneo suponer que gracias a la fijación naturalista en el individuo se había logrado renunciar a la necesidad de un ideal. Al contrario, por precisa e individualizada que se volviera la medición por parte del escultor de los bultos craneales del individuo, para cuyo fin llegaron a desarrollarse complejos aparatos, resultaba imposible calibrar su importancia si no se disponía asimismo de una concepción ideal a partir de la cual pudiera valorarse la importancia de las divergencias. Este ideal ya no se sustentaba en criterios religioso-estéticos, como en el caso de Lavater, sino en criterios que se pretendían

científicos, pero que no hacían sino ratificar muchas de las opiniones socialmente preconcebidas.

En busca del ideal

Para Lavater, el ideal fisiognómico por excelencia había de ser necesariamente el rostro de Cristo, un rostro cuya imagen perfecta persiguió durante toda su vida. En su opinión, ningún pintor había logrado acercarse siquiera remotamente a lo que el rostro de Cristo *había de ser*, prueba de la imperfectibilidad humana frente a Dios. A falta de una reproducción fidedigna de este Ideal Absoluto, Lavater se hizo eco de la pasión neoclásica por el ideal estético griego que Johann Joachim Winckelmann había hecho resurgir en la Alemania de su tiempo, aceptándolo como canon indiscutible de belleza (y, por tanto, de virtud). No obstante, dado que para Lavater el arte se orienta siempre en función de la naturaleza, de la que es una mera imitación, el hecho de que «el arte no haya inventado ni desarrollado nada más elevado, puro y noble que las antiguas esculturas griegas»¹⁴ le generaba un conflicto: si los griegos, desconocedores del cristianismo, no podían haber sido virtuosos, ¿cómo pudieron imaginar figuras tan bellas? Resulta altamente significativo el modo en que sale del paso: dado que no es posible que los artistas de entonces se imaginaran ideales más elevados que los de ahora, había que asumir que la naturaleza del hombre griego era mejor que la actual. Los griegos habrían sabido seguir el camino de la virtud por pura intuición, por lo que eran una estirpe superior de hombres más bellos y mejores, de los que el hombre del siglo XVIII, el siglo del escepticismo religioso, no sería más que una deplorable degeneración. Gracias a la contemplación del ideal a través de la obra de grandes artistas, en cambio, anhelamos «el ennoblecimiento y el embellecimiento de nuestra hundida naturaleza»¹⁵.

Es evidente que la argumentación de Lavater ofrece incoherencias notables, pero anticipa lo que va a ser una constante en la relación entre la fisiognómica y sus variantes y el concepto del ideal físico. Al atribuirle al cuerpo humano una importancia y un valor semántico de los que hasta entonces había carecido, el ideal de belleza deja de ser un concepto trascendente, como en el platonismo, para convertirse en algo inmanente. De lo que para Lavater es todavía la *estirpe* superior de los griegos, la frenología pronto hará la *raza* superior de los blancos. Ni siquiera dando crédito a Lavater parece que sea ya suficiente con emplear la virtud a fin de embellecer nuestra «hundida naturaleza». El perspicaz Lichtenberg se da buena cuenta de los

De lo que para Lavater es todavía la estirpe superior de los griegos, la frenología pronto hará la raza superior de los blancos.

peligros inherentes a los ingenuos postulados de Lavater cuando afirma que «por el contrario, el camino más corto para aproximar nuestros rostros alemanes a aquellos de los griegos (aunque es verdad que nuestra virtud no saldría precisamente ganando con ello) sea el mismo que emplearon los ingleses para aproximar sus ovejas y caballos a los ideales españoles y árabes»¹⁶.

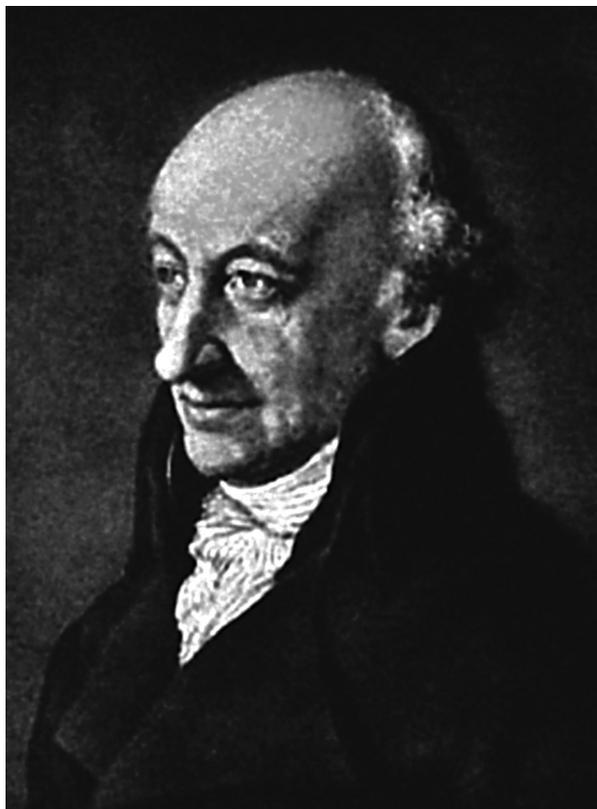
Pero si el ideal de la fisiognómica es todavía un ideal puramente estético, en el sentido clásico de una belleza armónica, tenemos que el ideal frenológico parte de la plasmación de la capacidad intelectual del hombre, aun a costa de la armonía. De la teoría frenológica (en su versión popularizada por Spurzheim) era posible deducir que, a mayor desarrollo de los órganos, mayor había de ser la capacidad craneal. Y a pesar de las reiteradas objeciones de algunos frenólogos, según las cuales el tamaño de la cabeza no basta para establecer

De la materialización del yo se pasó a la materialización de un ideal humano que había dejado de ser individual.

la medida de la capacidad mental, empezó a difundirse la idea de que las cabezas grandes eran signo de inteligencia, argumento que posteriormente fue elevado a la categoría de constatación científica por la nueva disciplina de la craneometría, justificando así estereotipos racistas y misóginos. Paul Broca, paladín de esta nueva «ciencia», es inequívoco al respecto: «En general, el cerebro es más grande en los adultos que en los ancianos, en los hombres que en las mujeres, en los hombres eminentes que en los de talento mediocre, en las razas superiores que en las razas inferiores»¹⁷.

Así pues, el ideal estético clásico es sometido a revisión crítica por las nuevas tendencias, que reprochan, entre otras cosas, el escaso tamaño de las cabezas en las esculturas griegas. La nueva generación de escultores americanos, directamente influenciados por las teorías frenológicas, trató de corregirlo. Buena muestra de ello es la escultura *La cautiva blanca* (1857) de Erastus Dow Palmer, con la que una cabeza de tamaño superior a la media pretende contribuir a plasmar el nuevo ideal de la feminidad americana¹⁸. Resulta significativo que, si para Lavater el género humano había empeorado con respecto al ideal griego, sólo un siglo después el orgulloso Occidente colonial y capitalista creyera haberlo dejado definitivamente atrás.

Dado que es en la frente donde los frenólogos ubican las principales cualidades intelectuales del ser humano, el rostro sigue teniendo una importancia no muy inferior a la que le atribuía la fisiognómica. El nuevo criterio estético imponía huir de los dictados de la moda y lucir una frente amplia y despejada, sin encubrir la con peinados complejos, frente al arte grecorromano, que prefería las frentes femeninas pequeñas. Según una



Retrato del escritor alemán Christoph Martin Wieland, en el que aparecen especialmente destacadas las protuberancias frontales del «ingenio».

crónica de 1855, incluso hubo mujeres que llegaron a afeitarse la cabeza para proporcionarle una apariencia intelectual¹⁹, un detalle significativo en una época en que empieza a tomar forma el nuevo papel social de la mujer. Con todo, los estereotipos siguen vigentes, avalados por la nueva «ciencia»: para la frenología oficial, el cráneo femenino ideal tendía a ser redondo y regular, es decir, con las cualidades tanto intelectuales como animales menos desarrolladas, mientras que el cráneo masculino muestra las irregularidades propias del mayor desarrollo de las aptitudes que le habilitan para su función social²⁰. De ahí que, dejando a un lado el aumento relativo del tamaño general de la cabeza, el ideal femenino siga pareciéndose mucho más al canon clásico grecorromano que el masculino.

En un principio, parecía que con la materialización del yo postulada por la fisiognómica y su derivación frenológica iba a establecerse definitivamente la era moderna del individuo que el Renacimiento había anticipado. Que una vez se creía materialmente demostrada su existencia, el carácter único e intransferible de la individualidad, como en los retratos del príncipe de Anhalt-Dessau, iba a ganar terreno frente a la uniformización abstracta del «barril de arenques» de los soldados de Federico el Grande. Pero aunque la frenología parecía ofrecer nuevas herramientas para dotar de sentido al creciente anonimato facial de las grandes ciudades, ni siquiera ella, la materializadora del yo por excelencia, supo eludir la tentación de la abstracción idealizadora. De la materialización del yo (es decir, del individuo en cuanto

retrato de su alma) se pasó a la materialización de un ideal humano que había dejado de ser individual. El peligro que ello implicaba ya lo había intuido Lichtenberg en el siglo XVIII cuando postulaba que para alcanzar el ideal fisiognómico habría que criar a humanos como quien cría a caballos. La eugenesia del siglo XX terminaría por darle la razón.

Notas

1. Pottle FA. (ed.). *Boswell on the Grand Tour: Germany and Switzerland; 1764*. Melbourne – London – Toronto, 1953; p. 24.
2. Ídem, p. 80 (3 de septiembre).
3. Ídem, p 113 (29 de septiembre).
4. Sobre los antecedentes de la fisiognómica, véase la obra de Julio Caro Baroja *La cara, espejo del alma* (Barcelona, 1987).
5. Fundamentalmente, la distinción entre la fisiognómica propiamente dicha, dedicada al reconocimiento del carácter a través del estudio de la estructura permanente de las facciones, y la patognómica o estudio de las expresiones variables, dos campos que habían estado unidos hasta entonces.
6. Así lo denomina Olaf Breidbach en su ensayo *Die Materialisierung des Ichs. Zur Geschichte der Hirnforschung im 19. und 20. Jahrhundert* (Frankfurt, 1997).
7. Aunque el nombre de Gall se asocia invariablemente a la «teoría fallida» de la frenología, sería injusto reducir a ella

sus aportaciones a la historia de la medicina. No sólo localizó correctamente el área del lenguaje décadas antes de que lo hiciera Paul Broca, sino que, gracias a sus nuevos métodos de disección, descubrió la estructura fibrosa de la masa encefálica.

8. Colbert Ch. *A Measure of Perfection. Phrenology and the Fine Arts in America*. Chapel Hill y Londres, 1997; p. 23.
9. Johann Caspar Lavater. *Physiognomische Fragmente*. Stuttgart, 1984 ; p. 98.
10. Lavater, *ibid.*, p. 169.
11. Colbert, *ibid.*, p. 173.
12. Colbert, *ibid.*, p. 220.
13. Colbert, *ibid.*, p. 170-172.
14. Lavater, *ibid.*, p. 188.
15. Lavater, *ibid.*, p. 69.
16. Georg Christoph Lichtenberg, *Über Physiognomik wider die Physiognomen*, pág. 36.
17. Broca P. Sur le volume et la forme du cerveau suivant les individus et suivant les races. *Bulletin de la Société d'Anthropologie de Paris* 1861; 304. Citado por Stephen Jay Gould en *La falsa medida del hombre*. Barcelona, 1997; p. 100.
18. Véase C. Colbert, p. 80-84.
19. Citada por Colbert, p. 79.
20. Colbert, p. 92-95.

CEREBRO Y CREACIÓN CIENTÍFICA*

NOLASC ACARÍN TUSELL

Doctor en medicina. Jefe de la Sección de Neurología del Hospital Vall de Hebrón y Profesor de la Facultad de Humanidades de la Universidad Pompeu Fabra. Barcelona (España)



Nolasc Acarín Tusell (1941) ha publicado más de 30 trabajos científicos y ha dirigido y escrito diversos libros, entre ellos: *Enfermedades vasculares del sistema nervioso central* (1988), *Marcadores biológicos y perspectivas terapéuticas en la enfermedad de Alzheimer* (1989), *Cefalea* (1997), y el más reciente libro de divulgación culta *El cerebro del rey* (2001), que actualmente está en la 8ª edición. Es miembro de varias sociedades científicas españolas y extranjeras, entre ellas correspondiente de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

*Las imágenes que ilustran este artículo han sido gentilmente cedidas por el Centre Diagnòstic Pedralbes perteneciente a CETIR Grup Mèdic.

Resumen

El cerebro humano se formó a lo largo de la evolución animal por el desarrollo tanto en volumen como en cambios estructurales, y la acumulación de adaptaciones anatómicas y perceptivas que determinan la forma de pensar de los humanos. La creatividad científica es fruto de la curiosidad propia de los primates, de las humanas capacidades para el análisis, de la elaboración de hipótesis y de la necesidad de obtener conclusiones a fin de transformar la naturaleza de acuerdo a nuestras necesidades, del pensamiento causal, de la existencia de excedentes económicos y de la búsqueda de alivio al dolor como mayor signo de civilización.

Palabras clave: Cerebro. Neurología. Genética. Lenguaje. Tecnología.

Abstract

BRAIN AND SCIENTIFIC CREATION

The human brain was formed during the animal evolution by developing itself both in terms of volume and structural changes, and the amount of anatomic and perceptive adaptations that determine the human way of thinking. The scientific creativity results from the inherent curiosity of primates; the human capabilities for the analysis; the elaboration of hypotheses and the need to come up to conclusions with the aim of transforming the nature according to our needs; the causal thinking; the existence of economic surpluses and the search for pain relief as the greatest sign of civilization.

Key words: Brain. Neurology. Genetics. Language. Technology.

Introducción

La capacidad para la cultura y la técnica, que incluye la creación y producción científica, junto al lenguaje verbal simbólico, las peculiaridades de la conducta sexual y el envejecimiento lento, constituyen los trazos más propios de la especie humana. Nuestro cerebro fue diseñado y seleccionado por la evolución de forma azarosa, pero el resultado es una intrincada red de circuitos neuronales que nos dotan de capacidad para la curiosidad, la observación, el análisis, la formulación de hipótesis y la resolución de problemas.

Al observar la naturaleza se constata cómo muchos animales desarrollan cualidades que inducen a pensar en la existencia de inteligencia animal no humana. Las amebas se agrupan hasta formar gigantescas colonias que, por su tamaño, las protege de un agente agresor. De manera parecida, los peces forman cardúmenes para protegerse de los predadores; se agrupan varios miles de pequeños peces que maniobran al unísono a partir de saber interpretar la información que se transmiten de unos a otros por los ojos y las líneas laterales que van de la cabeza a la cola a cada lado del cuerpo. Cuando les persigue un posible predador, los peces pequeños reaccionan con movimientos exactos e inmediatos de expansión o de división de la agrupación de peces; así logran salvarse o cuanto menos minimizar el resultado de la agresión. Las abejas son capaces de transmitir con extrema exactitud la dirección, distancia y calidad de un recurso alimentario o de un mejor emplazamiento a donde trasladar el panal. Las cigüeñas han sabido cambiar sus hábitos y en vez de emigrar una y otra vez se han asentado en varias zonas de nuestro país de forma estable, explotando los vertederos de basura donde llegan incluso a obtener parrillas de electrodomésticos que usan para fabricar sus nidos. Hay muchos animales que son capaces de ahorrar comida cuando sobra y esconderla para cuando llegue la escasez. Son conocidos los ejemplos tanto de delfines como de ballenas que se ayudan entre ellos cuando algún individuo de la manada está en peligro. En los últimos años se han popularizado varios reportajes que muestran cómo algunos chimpancés se comunican mediante ordenador y transmiten órdenes, opiniones y deseos. Son capaces de expresarse y entender el lenguaje verbal de los humanos, pero no pueden articular palabras debido, en gran parte, a una distinta posición de la laringe, más alta que la de los humanos, que les impide articular las palabras.

Pero ninguno de todos estos animales ha conseguido transformar las condiciones de vida como hemos hecho los humanos. Los actuales chimpancés que viven en la naturaleza lo hacen de la misma forma que lo hicieron sus abuelos, mientras que los humanos de hoy hemos modificado de raíz la vida de nuestros ancestros; ésta es, quizá, la diferencia más notable. Nuestra capacidad para la creación científica y tecnológica ha permitido dar este gran salto que nos diferencia de los otros primates. Como se comprenderá en este artículo, esta distinción entre los humanos y los simios es cierta desde el momento en que los humanos fueron capaces de generar una civilización propia a partir de que lograron establecer cierta influencia y control sobre la naturaleza.

La capacidad para la cultura y la técnica, el lenguaje verbal simbólico, las peculiaridades de la conducta sexual y el envejecimiento lento, constituyen los trazos más propios de la especie humana.

Los humanos, como el resto de los primates, sentimos una gran curiosidad por nuestro entorno físico y social; ésta es la base sobre la que luego construimos la investigación. De los grandes simios nos separan seis o siete millones de años y poco más del uno por ciento del material genético, pero esta pequeña diferencia es suficiente para que hayamos desarrollado un cerebro con características propias. No obstante, es absolutamente cierto que los grandes rasgos de nuestra conducta se asemejan mucho a los del resto de los primates, por no decir a los de la mayoría de los mamíferos. Pero no es menos cierto que nuestra capacidad para la cultura y la técnica, junto a las intensas relaciones sociales, nos ha permitido expandirnos con éxito por todo el planeta y construir este gran entramado de recursos, elaboración de transformaciones, su distribución e interacción social, que han fraguado una densa red de intereses que hoy denominamos economía, de la que no es ajena la ambición por el control del entorno y la consecución de riqueza.

La cultura de los palitos y otros esbozos técnicos de algunos simios queda muy lejos del salto que los humanos dieron hace muchos miles de años. Más tarde, hace unos diez mil años, algunos grupos humanos inventaron la agricultura, lo que se conoce como revolución neolítica. A partir de entonces, el desarrollo científico ha sido exponencial. Sembrar semillas y recoger de forma estable, junto al aprovechamiento del ganado domesticado, permitió generar excedentes de recursos y aumentar la demografía. Al mismo tiempo surgieron nuevas necesidades que requerían mayor ingenio; se precisaba investigar nuevas soluciones. Así debió de nacer la ciencia y la actividad científica: por la conjunción de una mayor cantidad de personas, nuevas preguntas y problemas a solucionar, y a su vez mayores excedentes para poder investigar.

Cerebro y evolución

La suerte estaba echada a partir del momento en que los homínidos desarrollaron un cerebro con diferencias notables respecto a los parientes simios.

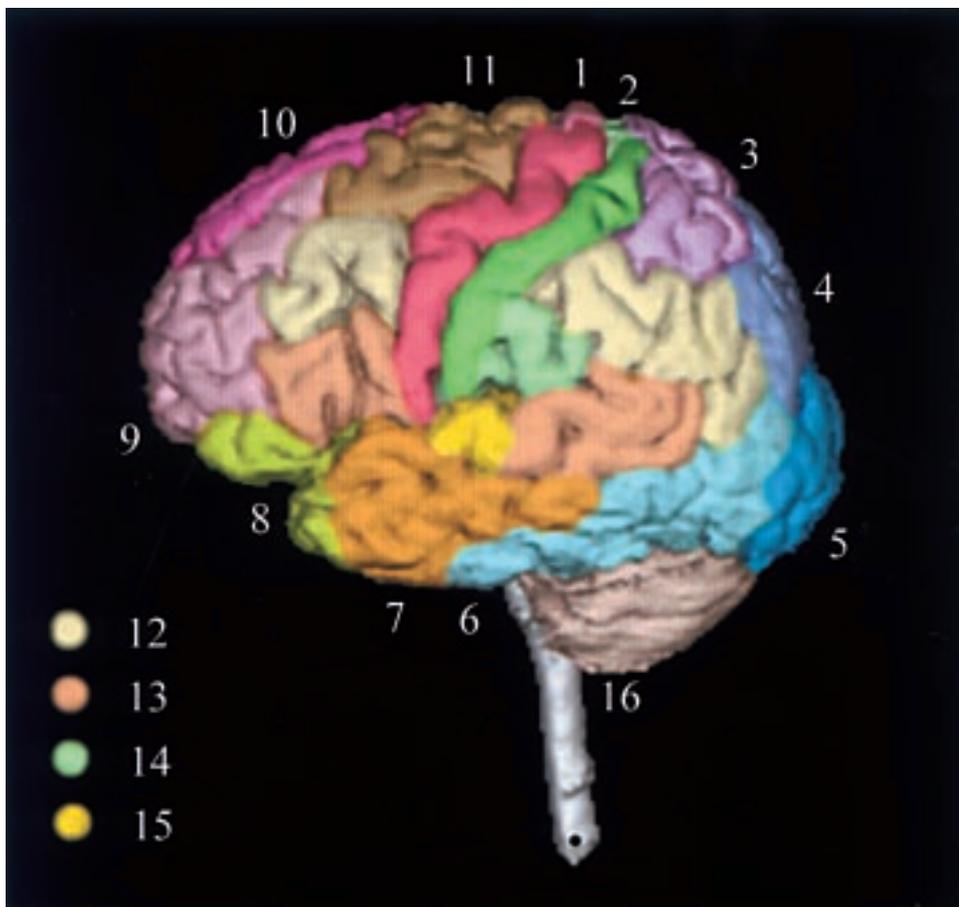
A riesgo de esquematizar, me atreveré a resumir algunas diferencias entre nosotros y los grandes simios. Las neuronas humanas tienen axones más largos y mayor arborización dendrítica, lo que les confiere una superior capacidad sináptica. Las áreas de asociación del córtex cerebral tienen el doble de extensión en los humanos que en los grandes simios, lo que significa una mayor capacidad de interacción entre percepción, integración de la información y memoria, así como de

Los primates pueden elaborar con notable éxito la integración de informaciones. Pero el cerebro de los humanos permite ir más allá. Los humanos somos capaces de vincular los hechos con una causa.

creación y almacenamiento de conocimiento. La estructura del sistema límbico también ha evolucionado en los humanos; por ejemplo, es mayor la amígdala lateral que sirve de sustrato estructural para la comprensión cognitiva de las relaciones afectivo-cooperativas. El córtex prefrontal es también mucho más amplio en los humanos, lo que nos confiere mayor capacidad para la memoria de trabajo, la planificación, la logística, las estrategias y la moralidad. Obsérvese que los cambios descritos derivan en dos aspectos: una mayor capacidad para el razonamiento y la gestión de las ideas, y una mayor vinculación social con la necesaria regulación moral.

Faltaría añadir aquí los posibles cambios moleculares acaecidos en la evolución reciente, especialmente entre las proteínas que tienen relación con la sinaptogénesis. Según algunos autores, es probable que en tiempos relativamente recientes (hace unos 40.000 años) se produjeran modificaciones que hicieron posible una mayor capacidad de aprendizaje y de acumulación de conocimiento entre los humanos anteriores al paleolítico superior, lo que podría interpretarse como la base molecular que abrió las puertas al arte paleolítico y más tarde a la revolución neolítica.

Estos cambios moleculares resolverían la pregunta acerca de qué hizo la humanidad a lo largo de tantos milenios antes de conseguir inventar la agricultura. Hasta hace poco la respuesta a la pregunta se limitaba a constatar la dificultad de la especie humana, a lo largo del paleolítico, en alcanzar la masa crítica demográfica necesaria para conseguir cierto intercambio de experiencias, técnicas e ideas. Se trataba de agrupaciones poblacionales dispersas compuestas por pocos individuos y con escaso contacto entre ellas. El único objetivo posible era la supervivencia, lo que ya era mucho en las adversas condiciones de vida del



Parcelación funcional del cerebro.

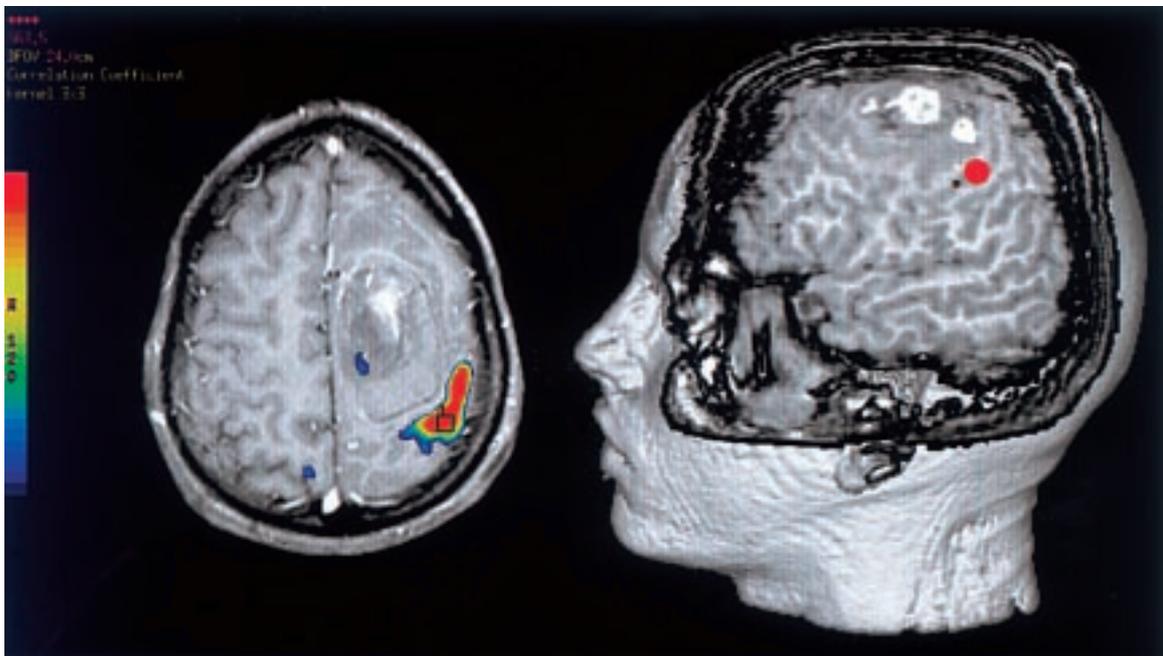
1. Área motora. 2. Área somatosensorial. 3. Funciones somato-espaciales. 4. Funciones viso-espaciales. 5. Área visual. 6. Registro perceptivo visual.
7. Registro perceptivo auditivo. 8. Control conductual. 9. Programación cognitiva. 10. Interacción social. 11. Programación motora. 12. Sistema superior cognitivo fronto-parietal. 13. Producción (área de Broca) y comprensión (área de Wernicke) verbal. 14. Representación del esquema corporal.
15. Área auditiva. 16. Modulación de la actividad cerebral (cerebelo).

paleolítico. El conocimiento científico no podía difundirse ni progresar aunando aportaciones de origen diverso. De confirmarse la mutación molecular, se podría pensar que a partir de cierto momento los humanos mejoraron notablemente la capacidad dendrítica y con ella la posibilidad de enriquecimiento sináptico, con el consiguiente resultado de aumentar la capacidad de análisis, memoria y por tanto de conocimiento.

De acuerdo con esta hipótesis, el gran salto tendría una base biológica que permitiría una mayor capacidad de comprensión de la naturaleza, un cierto desarrollo tecnológico y, a su vez, facilitar la búsqueda de interpretaciones frente a las incógnitas de la naturaleza. Producto de estos cambios puede ser el origen del arte del paleolítico superior, cuando por primera vez se plasman en el hueso, en el barro o en la pintura las imágenes que pueden ordenar y dar sentido a la vida y a la subsistencia de aquellos humanos de nuestra propia especie. Aquel arte puede tener un profundo sentido mágico, pero cabe entender que la magia es la forma

El cerebro es producto de la evolución y por tanto ha estado sometido a adaptaciones no tan sólo estructurales, motoras o sensitivas, sino también cognitivas.

para la ciencia. Necesitamos explicar lo que nos sucede a nosotros o a nuestro entorno físico y social, precisamos hallar explicaciones creíbles y a ser posible razonadas. Cuando esto no es posible, se recurre a la magia, a las interpretaciones no naturales. Lo importante es tener una explicación que nos resuelva las dudas y ponga orden en el caos, o al menos que a nosotros nos parezca que es así. La historia de la medicina está llena de ejemplos de interpretaciones



Resonancia magnética funcional motora. Identificación prequirúrgica del área motora primaria.

científica de comprensión de los fenómenos naturales no explicados, a los que la especie humana debe encontrar una explicación o una interpretación plausible.

Hay muchos animales que tienen capacidad para asociar información sobre hechos, especialmente entre los mamíferos. Los primates pueden elaborar con notable éxito la integración de informaciones. Pero el cerebro de los humanos permite ir más allá. Los humanos somos capaces de vincular los hechos con una causa; tenemos un pensamiento causal. Esta característica, junto a la curiosidad propia de los primates, es el punto de arranque de nuestra capacidad

mágicas acerca de las enfermedades, como de tratamientos perfectamente inútiles, cuando no mortales, como la sangría, que se sustentaban exclusivamente en el pensamiento mágico. Precisamos una explicación a lo que nos sucede; si la ciencia no lo consigue se recurre a la magia.

Caos y orden

El cerebro humano huye del caos; debe encontrar una explicación que ponga orden a las incógnitas. Tan sólo observando el pensamiento y las preguntas de un niño se pone de relieve esta capacidad de nuestro cerebro. Desde la infancia el cerebro, el ser humano,

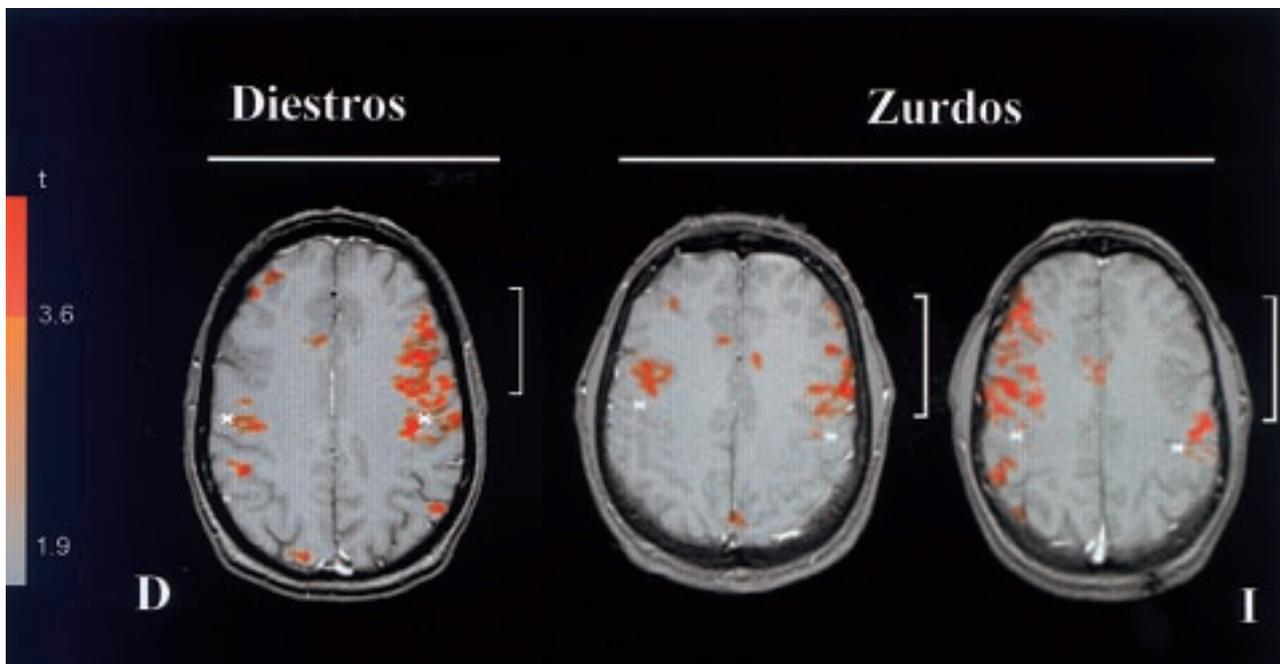
El lenguaje ha sido el principal instrumento para la creación científica. El lenguaje permite categorizar las acciones y crear representaciones mentales de objetos, sucesos y relaciones.

parece obsesionado en conseguir información, establecer análisis, comparar datos, resolver problemas, desentrañar secretos, inventar soluciones o llegar a conclusiones. Para llevar a cabo, con eficiencia, estas funciones se precisa que el cerebro esté indemne. Hay áreas específicas para funciones cognitivas concretas, pero si no hay un buen trabajo de conjunto de todas las áreas cerebrales, no es posible conseguir con éxito el mejor rendimiento cognitivo del

distintos, con mayores posibilidades para el análisis, la formulación de hipótesis y también para la ambición por conseguir resultados y beneficios.

El cerebro es producto de la evolución y por tanto ha estado sometido a adaptaciones no tan sólo estructurales, motoras o sensitivas, sino también cognitivas. La configuración de nuestro pensamiento está organizada en términos de espacio y tendemos a traducirlo todo a conceptos concretos. Esta fue ya una adaptación exitosa a lo largo de millones de años en la vida de los mamíferos. Los humanos asociamos acontecimientos según programas prefijados y extraemos conclusiones de orden causal por la concomitancia de sucesos. Las adaptaciones anatómicas, motoras conductuales y de percepción condicionan nuestro pensamiento.

Uno de los instrumentos decisivos en la consecución del pensamiento científico ha sido el lenguaje verbal simbólico. Los humanos tenemos una gran asimetría cerebral; cada hemisferio tiene una



Resonancia magnética funcional verbal. Determinación del hemisferio para el lenguaje.

cerebro. De ahí que, en caso de lesión cerebral, sea muy fácil que se alteren las capacidades cognitivas, como se observa tras algunos traumatismos craneales que se resuelven sin secuelas motoras o sensitivas y sin que consigamos identificar lesiones en la resonancia magnética. Es probable que en estos casos la alteración sea de tipo molecular, que hoy aún no podemos identificar. Esta característica puede relacionarse con la expansión del encéfalo a lo largo de la hominización. El mayor volumen cerebral en el hombre moderno (más de tres veces el correspondiente al del chimpancé) implica la aparición de estructuras que permiten más funciones, más memoria, pero también capacidad para métodos de trabajo cognitivo

especificidad propia y el cuerpo calloso, más desarrollado que en otros animales, conecta los dos hemisferios para conseguir un trabajo de conjunto. El cerebro izquierdo está dedicado a la comprensión y expresión del lenguaje, así como a la capacidad analítica, la elaboración de hipótesis, la comprensión numérica y el análisis lógico. El hemisferio cerebral derecho sobresale en discriminación sensorial, razonamiento intuitivo, capacidad matemática y relaciones espaciales. De todas formas, se acepta que la especial habilidad de un hemisferio para determinada tarea está influida por la conexión con el otro, de forma que cuando hay una desconexión entre los dos hemisferios se produce déficit por falta de la ayuda entre

Transformar la naturaleza y explotar sus recursos es la gran obra de los humanos, para bien y para mal.

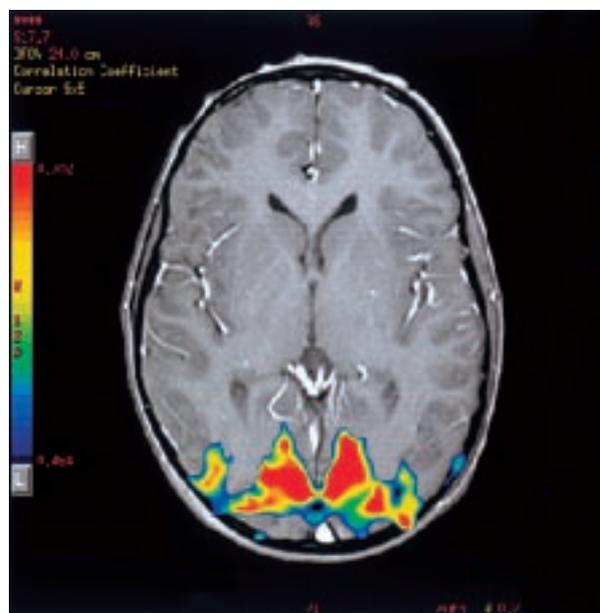
uno y otro hemisferio. La asimetría cerebral no significa independencia hemisférica, sino un cierto reparto de capacidades para conseguir mayor eficiencia de los circuitos neuronales, y así reservar mayores recursos para la estructura nerviosa que da soporte al lenguaje.

El desarrollo del lenguaje

Se ha escrito mucho acerca del origen del lenguaje. Hoy sabemos que el cerebro de los macacos japoneses tiene un predominio izquierdo para el reconocimiento de los gritos propios de su especie. Los chimpancés tienen una asimetría cerebral similar a la de los humanos y aprenden a comunicarse tanto con los signos del lenguaje para sordomudos, como mediante signos ideográficos conectados a un ordenador que los traduce a una voz artificial. Cierto es que los primates no humanos, como también el bebé humano, tienen la laringe muy alta, casi en la base del paladar, lo que tiene la ventaja de poder beber y respirar al mismo tiempo sin atragantarse, pero en cambio les imposibilita para la expresión lingüística. Se ha discutido largo tiempo acerca de cuándo el humano fue capaz de organizar un lenguaje verbal simbólico que fuera más allá de los gritos y ronroneos de otros animales. Al margen de los análisis neurológicos, antropológicos y paleontológicos, por sentido común debemos admitir que el *Homo erectus* de hace medio millón de años ya debía de tener suficiente fluidez de lenguaje; de no ser así no hubiera podido colonizar todo el planeta desde la cuna africana, pasando montañas, vadeando superficies de agua, transportando alimento, haciendo guardias de vigilancia y cuidando a los individuos de la tribu para garantizar la supervivencia del colectivo. Sin lenguaje verbal simbólico todo ello no hubiera sido posible.

Es interesante observar cómo el bebé que se acerca al año ya tiene capacidad de comprensión de las palabras, incluso con independencia del énfasis con que el adulto las pronuncie. Al iniciar el segundo año de vida, y de forma paralela al desarrollo del control motor, inicia la expresión lingüística, primero con palabras sueltas y a partir de los dos años con frases de dos o tres palabras con sintaxis simple. Más adelante progresa la fluidez lingüística hasta los cinco o seis años, cuando consigue una habilidad hablada parecida ya a la del adulto, justo al mismo tiempo en que completa su desarrollo y habilidad motora. Hoy se acepta que, además de las áreas propias del lenguaje (Broca y Wernicke), del sistema límbico, del tronco cerebral y del cerebelo, también tienen un papel relevante en la maduración para el lenguaje los circuitos córtico-estriocorticales, las mismas redes neuronales que han intervenido en el desarrollo motor y la autonomía para

la marcha. Extrapolando la ontogenia a la filogenia, puede decirse que la aparición del lenguaje fue paralela al proceso que condujo a nuestros antepasados al bipedismo: se levantaron del suelo, se afirmaron sobre las patas traseras que pasaron a denominarse extremidades inferiores y afinaron el equilibrio junto a la capacidad para la manipulación precisa. Con este mismo proceso consiguieron también la habilidad para hablar con sonidos modulados llenos de significado. Esta conquista supuso la posibilidad de aprovechar los grandes recursos mentales que ofrecía el gran cerebro humano; el lenguaje permitió dar el salto desde la hominización hacia la humanización. Cierto es que probablemente se trató de un proceso largo y gradual en el tiempo: especie a especie fue transformándose el cerebro, la motricidad y con estos cambios fueron surgiendo nuevas posibilidades para la práctica del lenguaje hablado, junto a otras variaciones diversas. La vinculación de la evolución motora con el lenguaje parece hoy fuera de duda.



Resonancia magnética funcional visual.

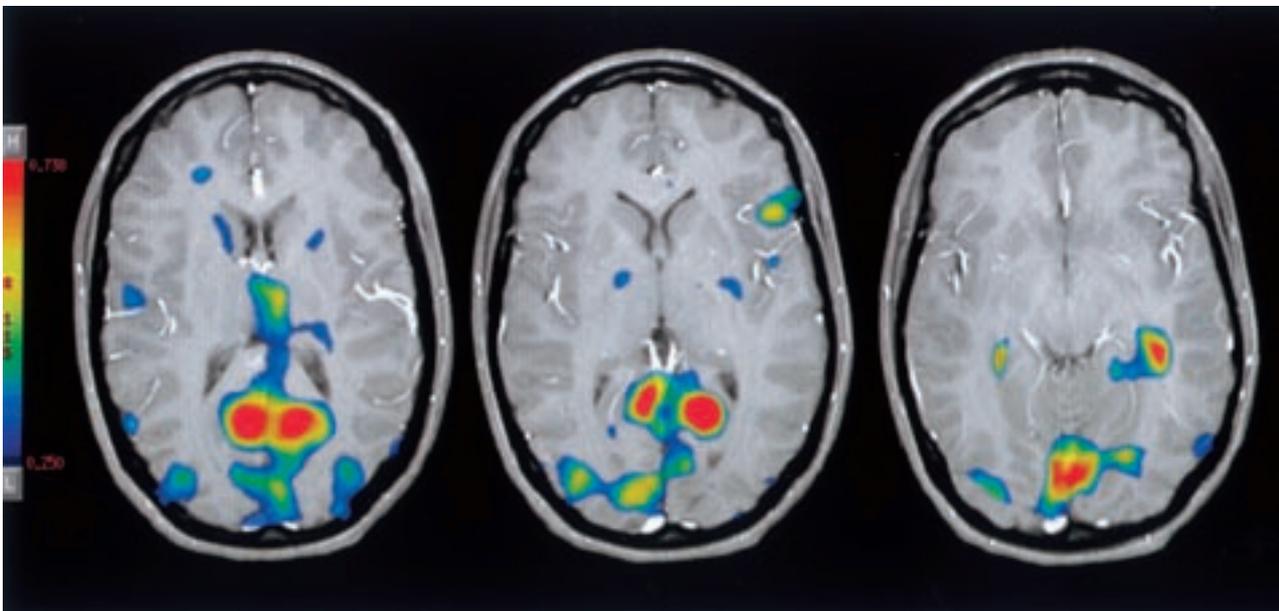
El lenguaje ha sido el principal instrumento para la creación científica. El lenguaje permite categorizar las acciones y crear representaciones mentales de objetos, sucesos y relaciones. Sin lenguaje no hubiéramos podido enunciar las leyes de la física ni los descubrimientos genéticos o moleculares, no se podría transmitir el conocimiento, no se hubiera desarrollado la necesaria metodología didáctica para formar a otras personas; es imposible imaginar la vida humana sin el lenguaje. Por más que nuestro cerebro fuera capaz de elaborar análisis, hipótesis y conclusiones, sin el lenguaje no podría desarrollarlo ni expresarlo, con lo que no hubiera surgido la civilización.

Hace unos diez mil años algunas comunidades humanas iniciaron la revolución neolítica con el descubrimiento del control agropecuario, cambiando de

forma radical el tipo de vida de recolectores de alimentos que habían llevado hasta entonces. La curiosidad humana se conjugó con las nuevas necesidades a fin de prever los cambios estacionales con mayor exactitud mediante los estudios del sol y las estrellas. La naciente agricultura favoreció el asentamiento estable de la población y la necesidad de defender territorio y patrimonio excedente de forma mucho más compleja y elaborada que cualquier otro mamífero. Es comprensible que el primer desarrollo científico se focalizara en la astronomía, la aritmética y en lo que hoy denominamos genética, de gran importancia para la selección de especies vegetales y animales con mayor rendimiento nutritivo.

A lo largo de la historia la creación científica ha tenido un resultado muy diverso en los distintos países y épocas. Hasta mediados del siglo XIX no se inició la medicina científica. Claude Bernard, entre otros investigadores de su época, es el símbolo del cambio. La investigación en biomedicina es un claro exponente de

Me gusta poner el ejemplo de las aceitunas. El fruto del olivo silvestre no puede comerse, pero hace milenios que los humanos manipularon los genes del olivo, cruzando diversos árboles, hasta conseguir mejores aceitunas. Pero aún no eran comestibles, por lo que inventaron un sistema de maceración que las convirtió en un alimento de gran valor nutritivo, y también un sistema de prensado que permite conseguir el aceite. El aceite de oliva es un buen alimento y un gran condimento; durante siglos fue un buen sistema de iluminación, y además sirve para conservar otros alimentos perecederos al guardarlos sumergidos en aceite. Ninguna de estas aplicaciones existe de forma natural, sino que son fruto de la elaboración humana. Las aceitunas maceradas, el aceite de oliva, el pan elaborado con harina producto de cereal molido, y el queso conseguido a partir de la leche de mamíferos domesticados son algunos de los alimentos que más han contribuido a la supervivencia de nuestra especie; todos ellos son hijos del ingenio y la tenacidad del



Resonancia magnética funcional durante el recuerdo. Memoria episódica.

la capacidad humana para la cultura y la técnica, que tiene como objetivo no ya la adecuación al entorno, sino todo lo contrario: la adaptación y modificación de la naturaleza a nuestros intereses como especie. Adaptamos el medio a nuestras necesidades de vida, salud y confort; éste es el gran cambio. La especie humana ha conseguido alterar la necesidad evolutiva de adaptarse a los cambios del medio para sobrevivir. Nosotros transformamos el medio para adecuarlo a nuestras necesidades. En vez de desarrollar una piel que nos proteja de las inclemencias meteorológicas, inventamos el abrigo de la casa; a fin de controlar los límites de la homeotermia, inventamos sistemas de calefacción, y así tantos inventos.

Transformar la naturaleza y explotar sus recursos es la gran obra de los humanos, para bien y para mal.

cerebro humano para transformar lo natural en su propio provecho.

Tecnología y creatividad

La tecnología agrícola primero y la industrialización más tarde han modificado de raíz el estilo de vida del animal humano, consiguiendo alargar la esperanza de vida en los países económicamente desarrollados, así como formas de vida progresivamente más confortables. Sin dudar del beneficio aportado por estas transformaciones, hay que aceptar que es probable que estemos pagando un cierto precio en forma de algunas enfermedades que han sustituido a las antiguas plagas. El cáncer, las enfermedades autoinmunes, la hipertensión arterial, la patología vascular y algunos otros son trastornos que los estudios epidemiológicos

relacionan con las formas de vida y de trabajo. Millones de años de evolución animal contribuyeron a diseñar nuestro organismo para la vida que llevó nuestra especie durante milenios: una vida dura, al aire libre, corriendo detrás de una gacela o delante de un león. La civilización ha conseguido un estilo de vida más cómodo, sedentario, demográficamente muy agrupado, con uso habitual de sustancias potencialmente nocivas. Es probable que el cáncer sea fruto de un desajuste entre los genes y la cultura. La mutabilidad intrínseca de nuestros genes hizo posible la evolución, pero a su vez nos hace más vulnerables a los cambios y a la exposición a tóxicos inherentes a la civilización industrial. Como señala Mel Greaves, no podemos cambiar nuestros genes pero sí podemos modificar el estilo de vida. Vivimos más y mejor pero pagamos un precio.

Además, el planeta está muy marcado por las diferencias. Muchos millones de humanos son aún víctimas del hambre, la falta de agua potable y las enfermedades infecciosas, con una esperanza de vida que no llega a los 45 años. Mientras, en otras áreas sus habitantes son víctimas de las enfermedades derivadas de la opulencia y el despilfarro. El reto de este siglo es el de conseguir disminuir los grandes desequilibrios entre países ricos y países pobres; sólo así podrá conseguirse la paz y que nuevos seres humanos puedan incorporarse a la creación científica y tecnológica. Si así fuere, la humanidad puede dar un salto exponencial en el conocimiento a partir de las nuevas aportaciones fruto del mestizaje entre individuos de unas y otras tradiciones culturales.

Entre los primeros logros del neolítico y la actualidad se ha desarrollado la revolución industrial y más tarde la informática, que permite acumular y ordenar el conocimiento en una máquina, fuera de nuestros cerebros, facilitando la comunicación y el intercambio de informaciones en tiempo real y en todo el planeta. Hoy todos estamos influidos por todos y conocemos los avances científicos al poco de producirse. Hoy, quizá, el problema es el filtrado de la información, saber elegir la información que se desea, separando el grano de la paja.

En medio de los avances tecnológicos deseo destacar por dispar lo conseguido por el cine, y más

tarde, en cierto sentido también, por la televisión. Desde hace un siglo el cine ha conseguido que el público de cualquier lugar del mundo pueda vivir la ilusión de una experiencia excitante que no consigue en la vida real. No la consigue por sí mismo en tanto está condenado a vivir una existencia gris, pero también porque a través del cine se le puede mostrar el acontecer de una historia mediante la imagen y el sonido, percepciones éstas que el cerebro humano comprende con mayor facilidad y menor esfuerzo.

Al considerar la creación científica me he referido a las cualidades del cerebro para la curiosidad y el análisis, y también a la necesidad de excedentes que la hagan económicamente posible. Respecto a la investigación en biomedicina, pienso que hay otro valor a tener en cuenta, que también es fruto de nuestro peculiar desarrollo cerebral: la tendencia humana a luchar contra el dolor. Es cierto que los tratamientos médicos pueden ser un sector económico emergente que por sí solo estimula la inversión financiera en busca de beneficio, pero si no existiera la humana necesidad de vencer al dolor esto no sería así. Los humanos tenemos una gran capacidad de empatía y de simpatía; mediante la primera podemos comprender cómo se siente otro humano; mediante la simpatía orientamos la conducta para ayudarlo. La enfermedad es una de las formas de dolor que estimula a los humanos a buscar soluciones. Ya antes de cualquier terapéutica curativa existía la terapéutica analgésica con los derivados del opio que aún hoy seguimos utilizando. La compasión ante el que sufre y la búsqueda de soluciones al dolor es quizá el mayor signo de la civilización humana.

Lecturas recomendadas

- Acarín Tusell N. *El cerebro del rey*, 8ª edición. Barcelona: RBA, 2003.
- Boyd R y Silk JB. *Cómo evolucionaron los humanos*. Barcelona: Ariel, 2001.
- Eibl-Eibesfeldt I. *Biología del comportamiento humano*. Madrid: Alianza Editorial, 1993.
- Kandel ER, Jessell TM, Schwartz JH. *Neurociencia y conducta*. Madrid: Prentice Hall, 1997.

SOBRE EL DOLOR

CHANTAL MAILLARD

Doctora en Filosofía. Profesora de Estética y Teoría de las Artes. Málaga (España)



Chantal Maillard es doctora en Filosofía. Se especializó en Filosofía india en la Universidad de Benarés (India). Ha sido profesora titular de Estética y Teoría de las Artes. Ha enseñado Filosofía oriental y Estética comparada. Es autora, entre otros ensayos, de *El crimen perfecto* (Tecnos), *Rasa. El placer estético en India* (Indica Books), *La razón estética* (Laertes), *Filosofía en los días críticos* (Pre-textos) y de varios libros de poemas.

Resumen

¿Por qué los filósofos no han hablado del dolor y sí del sufrimiento?, y ¿a qué se debe que los científicos se detengan tan poco a escuchar el relato de quienes padecen en su cuerpo? ¿Es el dolor físico algo irreductible a cualquier teoría o generalización? El dolor es inalienable; cierto es que nadie experimenta en carne ajena. ¿Es el padecimiento en soledad un sufrimiento añadido? Con el dolor, por lo general, el sujeto se identifica y, cuando la agudeza es extrema, desaloja cualquier otro contenido de la conciencia. Pero, ¿cuánto sufrimiento añadimos al dolor? ¿Es posible neutralizar (volver neutra) la sensación? ¿Hay alguna utilidad en el dolor? ¿Puede tener algún sentido para alguien en una época, como la nuestra, en la que ha perdido su función como rito de paso? ¿Puede uno distanciarse del dolor? ¿A qué precio? A éstas y a algunas otras preguntas ha procurado la autora responder, a lo largo de este escrito, desde su experiencia a la vez como paciente y como observadora.

Palabras clave: Dolor. Filosofía. Subjetividad.

353

Abstract

ON PAIN

Why have not philosophers spoken of pain but of suffering? And, what does it owe to, that scientists are so little devoted to listening the narrations of those who suffer in their bodies? Is the physical pain something irreductible to any theory or generalization? The pain is inalienable; the truth is that nobody experiences in somebody else's flesh. Is the lonely ailment an added suffering? In general, the subject identifies him/herself with the pain and, when it is extremely acute, keeps any other content out of the conscience. But, how much suffering do we add to pain? Is it possible to neutralize the sensation? Is pain somehow useful? Can it make any sense to somebody in our times, when it has lost its function as a passing ritual? Can somebody keep away from pain? At what cost? Along this text, the author has tried to answer these questions and some other ones, from her experience both as a patient and an observer.

Key words: Pain. Philosophy. Subjectivity.

Introducción

Hace poco me pidieron que hablara, en un foro de Salud Pública, acerca del dolor. Debía dirigirme, pues, al sector sanitario en calidad de pensadora que ha tenido experiencia del dolor. Hay financiación para proyectos, me dijeron, pero faltan proyectos porque faltan ideas. Me extrañó, pues siempre he considerado que pensar no es función privativa de nadie y que quien se dedica a ello exclusivamente lo hace como una especie de perversión o extralimitación de una capacidad -la racional- que ha de servir ante todo para fines prácticos. Me pregunté qué podría aportar desde aquella atalaya que se les atribuye a los pensadores y repasé la historia de la filosofía... ¡Nada! Los filósofos no se han ocupado, o muy escasamente y de soslayo, de este tema.

En cuanto a hablar como paciente, es decir, como persona que ha estado directamente implicada no en la cuestión sino en el hecho del dolor, mi experiencia, al no ser más que un relato particular, no podía resultar -pensaba yo- de gran ayuda: un paciente es un caso y un caso nunca es una muestra significativa para experimento alguno ni, por tanto, para teorías, conclusiones o proyectos de investigación.

No obstante, tenía ante mí dos preguntas a las que contestarme: ¿por qué los filósofos (en Occidente, al menos) no hablaron del dolor?, y ¿a qué se debe que los científicos se detengan tan poco a escuchar el relato privado de sus pacientes siendo así que la ciencia trabaja experimentalmente a partir de la observación de datos particulares?

A lo segundo, la respuesta no es difícil: el experimento ha de realizarse en condiciones especiales aislando los factores que pueden generalizarse; los que no, caen fuera de los límites del marco experimental. Por muy experto que pudiese ser el paciente en convertir su dolencia en objeto de observación, la objetividad propiamente dicha le compete al experimentador. Pero ¿y la filosofía?

Recordé entonces que el cometido de la filosofía ha sido el de hallar patrones válidos para responder universalmente a las incógnitas que se planteaban y que la ciencia, una filial tardía -y en cierto modo radicalizada- de la misma, sigue utilizando el método hipotético-deductivo que Aristóteles sistematizara allá por el siglo IV a.C. Y el problema reside precisamente ahí: la filosofía ha pretendido construir sistemas universalmente válidos, teorías aplicables a cada caso particular y, para ello, el objeto de sus investigaciones debía poderse sintetizar, trascender el orden de lo particular. Con el sufrimiento, esto puede hacerse; con el dolor, parece que no. Por ello, desde la antigüedad, se

Los otros, el otro, no pueden compartir la experiencia del dolor; de ahí la soledad de quien padece, incluso si está rodeado de personas que le aman.

ha hablado del sufrimiento: la *apatheia* (no afectación) del estoicismo, la *ataraxia* (no perturbación) del epicureísmo, la «indiferencia» del budismo y el acuerdo con el Curso del taoísmo, el justo medio de Confucio y el de Aristóteles, todas han sido fórmulas elaboradas para disponer el ánimo a soportar los desequilibrios a los que inevitablemente estamos expuestos. Pero, en todos los casos, se trató de un aprendizaje de las propias virtudes (de *vis*: fuerza), es decir, un control de la mente que procurara paliar el sufrimiento en general y más concretamente aquél que proviniese de la insatisfacción producida por las propias pasiones. Del dolor, en cambio, del dolor físico que es una de las formas del padecer, no se habló, y ello por dos razones, que en realidad son una y la misma: porque si bien del sufrimiento puede hablarse en términos generales, del dolor físico, en cambio, no. Y, siendo así, no puede hacerse cultura de lo que de ello se diga: el dolor no es político. Ninguna cultura puede fraguarse en el dolor. En el dolor sólo germina el grito, y el grito es estéril. El enfermo es un exiliado; no hay sociedad que pueda fraguarse en la enfermedad; la enfermedad no es política. La filosofía, en cambio, sí.

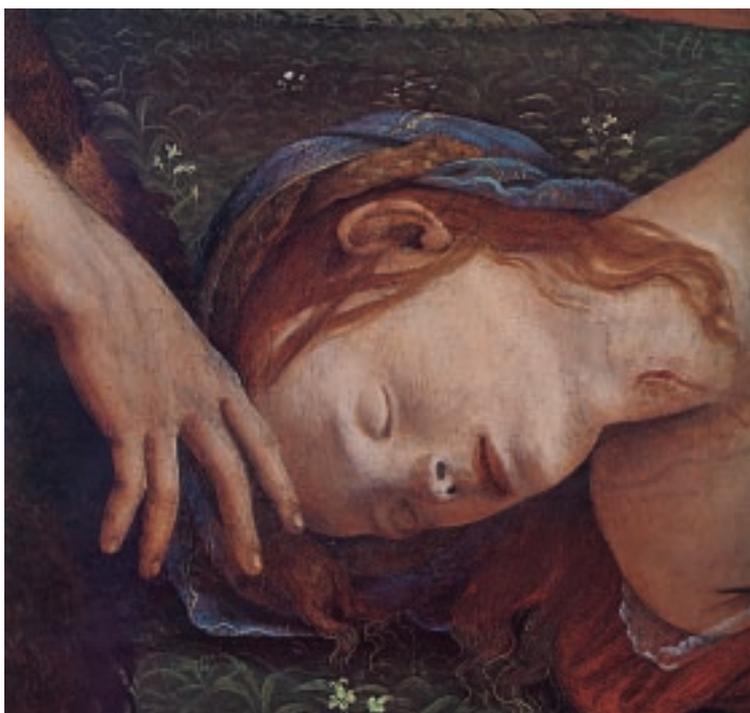
El dolor es, en efecto, inalienable. Pertenece a esa zona oscura, aún hoy en día difícilmente cuantificable y, por tanto, reacia a la experimentación, que denominamos «subjetividad», un término que, como el «azar», designa la magnitud de nuestra ignorancia, la medida de la irreductibilidad (provisional o absoluta) de ciertos fenómenos a ser controlados por no poderse extraer del contexto absolutamente individual al que pertenecen.

Nada más cierto que aquello de que nadie experimenta en carne ajena. Y «carne ajena» es igualmente la propia una vez que ha sanado; de ahí que quien escribe acerca del dolor cuando éste es extremo no suele ser quien padece, por la sencilla razón de que cuando uno es presa del dolor no puede establecer la necesaria distancia entre el yo que escribe y el yo que padece. Normalmente, cuando el dolor se apodera de uno, el yo todo entero se convierte en dolor. Cuando «me» duele yo soy mi dolor. Y si escribe con posterioridad, recurriendo a la memoria, falseará inevitablemente la vivencia pues curiosamente -y agradecidamente- el dolor, la sensación del dolor (no así sus circunstancias) es probablemente aquello que con más prontitud se olvida una vez que ha desaparecido. Si me apuran diré incluso que no puede en absoluto recordarse. Si no me creen, hagan la prueba: intenten acordarse de un dolor; no lo que supuso, no lo mal que lo pasaron, no; traten de obtener en su carne la memoria de la sensación dolorosa, traten de revivir la

Normalmente, cuando el dolor se apodera de uno, el yo todo entero se convierte en dolor. Cuando «me» duele yo soy mi dolor.

sensación... No podemos. No es posible. Sería preciso volver a lesionar las células. Lo único que podemos recuperar es la angustia que pudo acompañarlo o el temor de su reaparición.

¿Y los otros, los acompañantes? Si nuestra propia memoria borra las huellas de los dolores más terribles (¡bendito olvido!), ¿cómo podremos pretender que otro, a través de lo que llamamos «empatía», pueda hacer otra cosa que asistir «dolorosamente» a un espectáculo en el que se siente implicado? Su sufrimiento es de otro tipo: pena de ver sufrir a un ser amado, temor o angustia ante la idea de perderle, miedo, incluso, ese miedo soterrado pero no menos acuciante que resulta de reconocer, a través del otro, la propia fragilidad y la aplazada pero inevitable caducidad... Los otros, el otro, no pueden compartir la experiencia del dolor; de ahí la soledad de quien padece, incluso si está rodeado de personas que le aman, pues a nadie, aunque quisiera,



Piero di Cosimo capta en su «Escena Mitológica» el rostro de la agonía de una muchacha.

puede dolerle el dolor de otro, ni siquiera en el caso de que haya pasado por experiencias similares.

Creo que lo dicho hasta aquí puede resumirse en los siguientes puntos:

a) Con el dolor, por lo general, el sujeto se identifica y, cuando la agudeza es extrema, desaloja cualquier otro contenido de la conciencia. La posibilidad (terapéutica) de la distracción metódica de la mente es, en este punto, una cuestión importante a tener en cuenta.

b) El dolor es inalienable: nadie puede dolerse por mí. El sujeto, consecuentemente, padece en soledad (un factor psicológico que, por supuesto, puede añadir sufrimiento al dolor).

Utilidad/inutilidad del dolor. Un compromiso teórico con resultados prácticos

Una de las controversias en las que nos hallamos involucrados actualmente es la que atañe a la utilidad/inutilidad del dolor. Es para mí un tanto comprometido introducirme en este terreno. En principio porque no me cabe duda de que los profesionales del dolor habrán considerado todo lo que yo pudiera decir sobre el tema, y más. No obstante, tal vez puedan ser útiles las siguientes consideraciones.

Desde un punto de vista filosófico, no hay razón suficiente para postular ni lo uno, ni lo otro. Ambas posturas (utilidad/inutilidad) tienen argumentos para poderse sostener. El problema no es tanto por qué postura decantarse (porque entiendo que no son

incompatibles, y explicaré por qué y en qué términos), como cuándo y hasta qué punto podrá, a fines prácticos, el profesional (al que compete investigar y proporcionar, aunque nunca imponer, los medios para evitar el dolor) optar teóricamente por una u otra.

Voy a centrarme en dos cuestiones que son, a mi entender, dos de las claves que pueden ayudar a dilucidar el problema: a) el sentido del dolor; b) la capacidad para soportarlo. (Y tengo claro que ésta no es una cuestión metafísica, dadas sus importantes repercusiones prácticas como la de decidir en qué grado, cuándo y por qué es conveniente atenuar o eliminar el dolor, por qué medios, y a quién compete decidirlo).

El sentido del dolor. Sentido/sin sentido. Degradación/heroísmo

«El hombre no se destruye por sufrir -escribió V. Frankl-; el hombre se destruye por sufrir sin ningún sentido». Todo constructo ideológico (mitologías, religiones, sistemas filosóficos) tiene como función primordial otorgarle sentido a la existencia; y con el sentido de la existencia viene dado, generalmente, el sentido del sufrimiento. No hay mito, no hay religión que no lleve integrada una explicación, cuando no unas pautas de utilización, del sufrimiento para los fines u objetivos del sistema en cuestión. Cuando el sujeto que padece es creyente de una determinada religión y practicante en el sentido más fuerte del término, eliminar su dolor equivale en algunos casos a negarle la posibilidad de lograr estos fines, que no son necesariamente fines egoístas (como pudiera ser la redención, por ejemplo). Hay conceptos de los que hoy hemos perdido en gran medida el significado, pero que, no obstante, siguen vigentes para ciertas personas. El concepto de «sacrificio», por ejemplo, que como «acto sagrado» supone la posibilidad de transmutar el dolor, de convertir la energía que su aceptación genera en una fuerza que puede utilizarse para otros fines. La entrega del dolor para este tipo de trasvase mediante la aceptación voluntaria de los males es algo que no se entiende bien hoy en día, pero no por ello ha de descartarse la posibilidad de que haya enfermos que por tal motivo consideren útil su dolor y así lo asuman.

A finales del siglo XVIII, con el enaltecimiento de la racionalidad del individuo y su desvinculación de los poderes religiosos, fue necesario descubrir otro modo de encajar los golpes con valentía que no fuese el de lograr una recompensa fuera de este mundo (la vida eterna, el

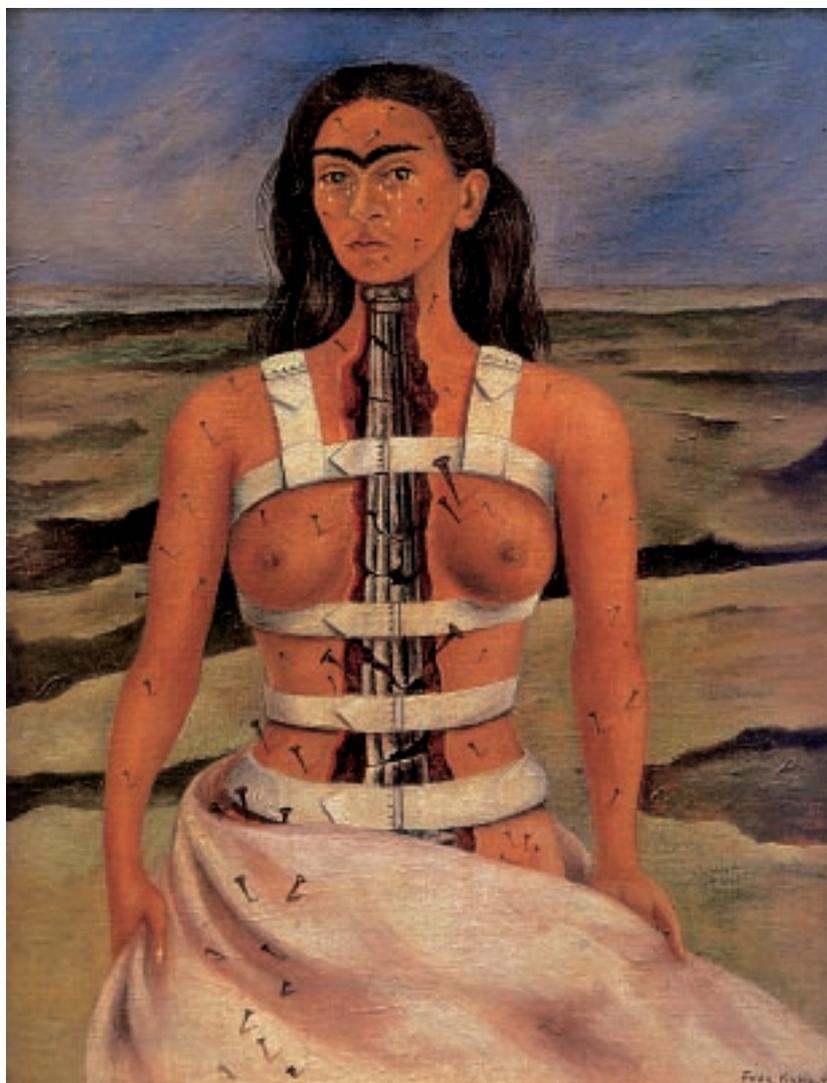
**En razón de la esencial
subjetividad del dolor, la única
medición posible es la afirmación
del mismo por parte de quien lo
siente.**

paraíso, la liberación, etc.). Se recuperó entonces, de alguna manera, el viejo estoicismo y se entendió que el sentido de la existencia no venía dado del exterior sino del uso que el individuo hacía de su libertad «moral». Dicho de otro modo, no se trataba ni de aceptar el dolor para otros fines ni de escapar de él, sino de resistirlo heroicamente. La meta del ser humano, a finales de la Ilustración y durante el Romanticismo, consistía en esa capacidad de resistir, por medio de la razón, a aquello a lo cual era físicamente imposible resistir. Se trataba de autoafirmarse como individuo racional aun en las batallas perdidas de antemano. Así, durante el siglo XIX se diseñó el carácter de un héroe muy distinto del griego: ya no se trataba de un semi-dios sino de un hombre cuyo único poder era el de su fuerza moral, la capacidad de sobreponerse a sus propios miedos. Reducido a conciencia, el yo esencial se desvinculaba de su carne, y convertía al propio cuerpo en objeto para sí.

Jünger habló de este cuerpo-objeto como de un proyectil, algo que pudiese ser lanzado al combate. Contraponía el mundo heroico, en el que, efectivamente, cabe una distancia (teórica, ideal) del sujeto para con el



En la obra de Alma-Tadema se recoge en toda su intensidad la expresión de una mujer enferma.



Frida Kahlo, la pintora mexicana, se ha convertido en un icono contemporáneo del dolor y de la resistencia.

objeto, en este caso doliente, con el mundo de la sentimentalidad, aquel en el que el cuerpo no es ningún objeto sino el centro mismo de la vida. En tal caso, cuando el dolor golpea, no lo hace contra una avanzadilla, sino contra el núcleo esencial, contra el propio yo.

Este tipo de mundo me parece ser el nuestro, actual. Hoy, el dolor ha perdido su función de rito de paso, y la pregunta por el sentido no se solventa mediante la idea de dignidad o de resistencia moral. Está claro que no puede creerse en lo que no se cree, y los consuelos ideológicos resultan disonantes ante la constatación del absurdo de una existencia que, además de incondicionalmente efímera, nos resulta, las más de las veces, traumática.

En la época de la «sentimentalidad», en la que sin duda estamos, al menos en Occidente, el distanciamiento se ha hecho difícil. No hay grandes ideas a las que consagrarse y el dolor se entiende como profanación del templo orgánico que somos (templo o plaza débil: ideología y poder siguen requiriendo metáforas bélicas). Así pues, el dolor irrumpe en un

cuerpo, lo invade y lo ocupa como una tropa lo hiciera en un campo enemigo. Bajo su imperio, no hay tiempo ni lugar para filosofías, ni para sentimientos distintos de los que el invasor provoca: el miedo, la ira, la rebeldía. La única razón que queda funcionando es aquella que diseña estrategias.

La capacidad de soportar

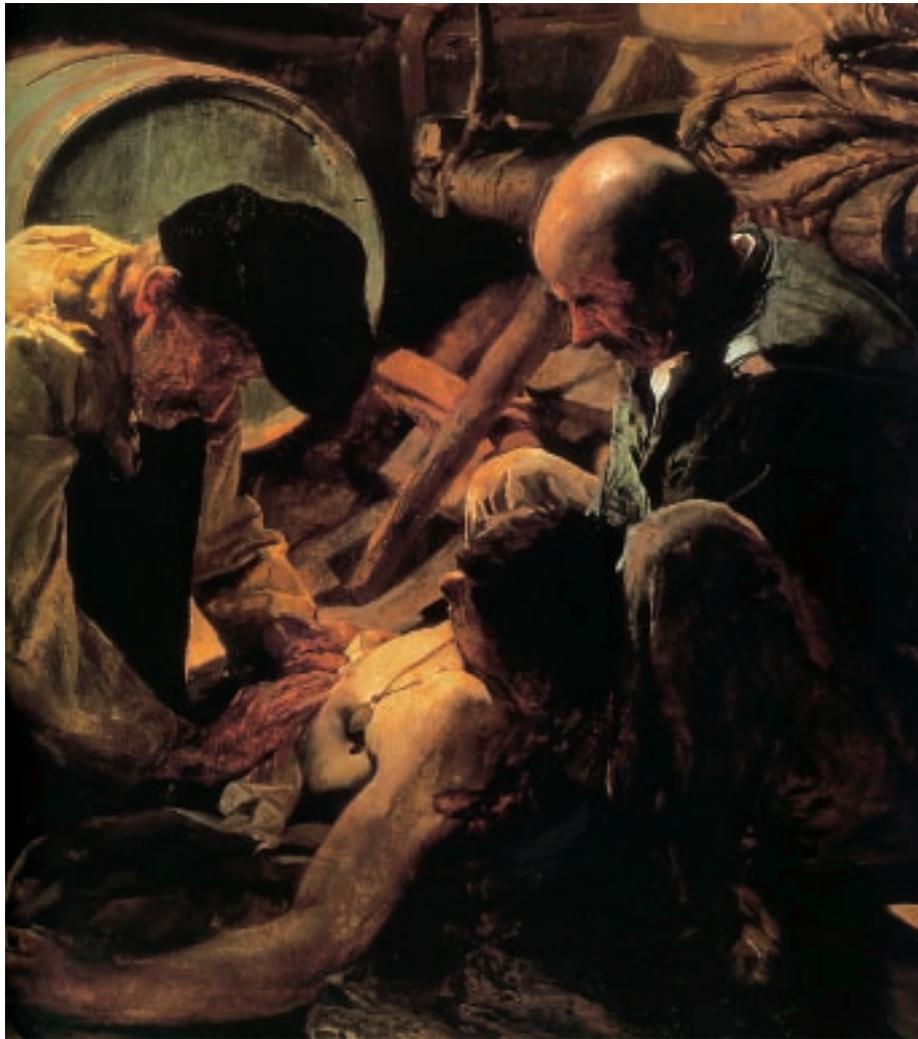
Una de esas estrategias es la que tiene que ver con el distanciamiento. La distancia necesaria la establece la mente cuando decide convertirse en observadora y convierte en objeto de observación al yo-cuerpo que padece. Ese fue el camino que Siddhartha Gautama, el *buddha*, enseñó después de constatar que la existencia, toda ella, es dolor: ejercitarse en apartar la conciencia del lugar en que se sufre.

El control implica distancia. Pero en este momento de nuestra historia ya no puede tratarse de la distancia heroica, aquella que necesitaba de valores o principios, sino de la distancia estratégica, el aprendizaje de los puestos de situación, la sabiduría topológica: si yo no estoy ahí donde hay dolor, ¿acaso puede haber dolor?

Añadir dolor al dolor. Palabras que lastran la sensación

He visto en India, concretamente en Benarés, cómo la gente puede soportar condiciones extremas sin alterarse (no le añaden «frío» al frío, por ejemplo) o heridas y enfermedades sin quejarse (no le añaden «me duele» al dolor). En aquellos días recordé a menudo que, de niña, soportaba el frío o el calor sin «soportarlo» y cómo *aprendí*, paulatinamente, que el frío era frío y el

del propio cuerpo ligeramente aturdido, y de saborear la sensación extraña de sentirse con más intensidad o, simplemente, de sentirse, pues, hasta que no hay choque, sólo existe para el niño el mundo exterior; él no es más que unos ojos que ven, un observador que no se sabe a sí mismo como alguien. La experiencia de lo que los adultos llamarían dolor (en su grado más leve, por supuesto) puede ser para el niño no condicionado una primera toma de conciencia, y grata, de su ser-cuerpo, del sitio que ocupa en el mundo.



Sorolla expresa todo el dramatismo en su pintura de un hombre herido.

calor, calor, y que dolía aquello que dolía. En los internados, recuerdo que era natural, para mí, tener las manos anquilosadas por el frío hasta el punto de no poder sostener un bolígrafo; recuerdo que no me «dolían» los arañazos cuando atravesaba jugando los matorrales de espinos y que hasta me gustaba -y, créanme, no soy dada al masoquismo- ver cómo la sangre aparecía dibujando extrañas geometrías en mi piel. Nadie había allí que hiciese que se combinaran en mi mente el temor con el golpe cuando me caía. Darse un cabezazo puede ser, para el niño, un juego interesante en el que medir la resistencia del mundo y la

Cuando no hay palabras, la sensación no interpretada puede incluso, en ciertos casos, fortalecer. Cuando las hay, las sensaciones se lastran y puede ocurrir que las palabras que las nombran lleguen a cobrar más importancia que éstas. «Ponte el jersey, que te vas a enfriar»... «Pobrecito...¿te has hecho daño?»... Y el niño, que no lloró al caerse, se pone entonces a llorar. Se aprende, a menudo, con palabras que desplazan sentimientos, por ejemplo, cuando el «¿te duele mucho?» significa en realidad «me he asustado mucho». El adulto asustado le añade miedo a la sensación, un miedo que al niño no le pertenecía.

¿Cuánto de dolor añadido hay en el dolor? ¿Cómo distinguir una cosa de otra, cómo enseñar a desaprender? ¿Puede hacerse?

Pienso en ello y recuerdo las enseñanzas del *buddha* o, mejor dicho, sus dos enseñanzas. La primera, su constatación de una evidencia: hay enfermedad, hay vejez, hay muerte; la existencia es dolor. La segunda, el que gran parte del sufrimiento es ilusorio. En realidad, el budismo entiende que todo sufrimiento es ilusorio porque la individualidad misma lo es. Al no haber ningún «yo», no hay tampoco sujeto del dolor. Pero lo que me interesa destacar aquí no es la cuestión de la insustancialidad del yo, sino aquello que puede ser de utilidad para todos.

La cuestión que intento plantear, a partir de estas consideraciones, es la siguiente: ¿cuánto de dolor añadido hay en el dolor? Y, luego, ¿cómo distinguir una cosa de otra, cómo enseñar a desaprender? ¿Puede hacerse?

Trataré de traducir, en la medida de lo posible, lo que acabo de decir, a un lenguaje más técnico. Una definición al uso en ciertos manuales es la siguiente¹: «El dolor es el resultado final de la capacidad del individuo para percibir dolorosamente una alteración y de su capacidad para soportarla». En dicho resultado interviene, pues, un componente objetivo-cognitivo (propriadamente sensitivo, por el que se detecta y se permite la localización de los estímulos lesivos), conocido por el nombre de *algognosia* (el nombre no añade nada, puesto que significa literalmente «conocimiento del dolor»²), y un componente afectivo-emocional: *algotimia* (ídem) que tiene también un sustrato morfofuncional específico en el sistema nervioso central y que conduce a una serie de modificaciones motoras orientadas a rechazar la sensación. En la denominada *algotimia* confluyen factores como deseos, temores y angustias.

Bien, pues, si quisiera explicar en estos términos lo que he expuesto antes, diría que con los componentes sensoriales (*algognosia*), esto es, una vez percibida y localizada la alteración, puede uno decidir desvincularla en mayor o menor medida de la carga afectivo-emocional o, en todo caso, no añadir más lastre a la ya de por sí relativa neutralidad de la sensación. Es decir, que puede uno aprender a distanciarse. Todo pacto implica un distanciamiento y, con el dolor a veces puede pactarse; con la angustia, no. Dicho de otra manera, en la medida de lo posible, y según la intensidad de la misma, puede uno aprender a convivir con la sensación dolorosa o a combatirla siempre que sea posible distanciarse lo más mínimo de ella; de los factores afectivo-emocionales (*algotimia*), en cambio, es más difícil distanciarse porque, sencillamente, el «yo» es básicamente ese conjunto de factores y cuando decimos «me duele», el «me» es, digamos, *algotímico*, mientras

que el «duele» sería *algognósico*. Y no podemos prescindir del «mí» si no es escindiéndolo, creando un observador psicológicamente neutro, un estratega capaz de jugar al ajedrez consigo mismo³.

Ahora bien, dicha escisión voluntaria, cuando puede producirse, y la observación que conlleva, tiene su contrapartida. Personalmente, he de decir que, cuando tuve que enfrentarme al brutal envite del dolor, comprendí que mis muchos años de yoga, en vez de capacitarme para aliviarme, habiendo fomentado la autoconciencia mediante la observación de los procesos mentales pero también corporales, es decir, habiendo aumentado lo que se denomina, en términos generales, mi «sensibilidad», me habían hecho más receptiva y también más vulnerable. Comprendí entonces que el llamado umbral del dolor es directamente proporcional al nivel de conciencia. Y es extraordinariamente duro, para quien entiende que su conciencia es lo único que tiene para seguir siendo un ser humano, verse obligado a renunciar a ella parcial o totalmente cuando el dolor se vuelve insoportable, pues perder la conciencia equivale a consentir a la desaparición. Y esto es lo que yo hacía cada vez que pedía a gritos una dosis de opiáceo⁴.

Porque -y también es éste el momento de admitirlo-, por muchos conocimientos, tanto teóricos como prácticos, de los métodos de observación que yo tuviese en mi haber, a la hora de enfrentarme a la traumática desintegración de mi propio organismo (debida primero a los resultados de una intervención quirúrgica importante y, después, a los efectos devastadores de las terapias (químico y radio) a las cuales fui también, digamos, especialmente «sensible»), sólo pude gritar. El grito fue, durante más de dos años, sin interrupción, la única respuesta al dolor que fui capaz de dar. Y no lo digo con vergüenza, pues, más tarde, comprendí que el grito había sido la expresión de mi propia rebeldía y que esa rebeldía era mi fuerza, la única que me quedaba, la que no había sido anulada por los fármacos, y que esa fuerza era mi voluntad de vivir. Ahora sé que el grito era una afirmación, que ese «¡Nooo!» prolongado y terrible era un «sí» a la vida. Yo me estaba defendiendo en el grito. El grito era mi rebeldía. Paradójicamente, la rebeldía contra el sin sentido de aquel dolor era el único sentido que le quedaba a esa mi existencia menoscabada.

Así pues, cuando el dolor se vuelve insoportable, las estrategias resultan inútiles. No hay distancia posible entre el yo que padece y su padecer. Cuando vence el dolor, sólo hay grito, y si éste se prolonga, la conciencia, esa conciencia que yo hubiese querido salvaguardar a toda costa y en todo momento, también

Es extraordinariamente duro, para quien entiende que su conciencia es lo único que tiene para seguir siendo un ser humano, verse obligado a renunciar a ella parcial o totalmente cuando el dolor se vuelve insoportable.



Parte de la obra de Edvard Munch -y de ello es buen ejemplo el cuadro *El Grito*- está inspirada en la enfermedad y la trágica muerte de sus familiares y amigos.

360

termina siendo vencida, anulada. Cualquier profesional sabe hasta qué punto el cansancio producido por un prolongado estado doloroso es contraproducente. Aumenta progresivamente la debilidad y, con ella, disminuye la posibilidad de curación. Si bien el distanciamiento puede ser una estrategia eficaz, cuando la intensidad del dolor o la debilidad del paciente (¡qué terrible palabra la de «paciente» para quien, bajo el dolor, generalmente, tiene cualquier cosa menos paciencia!) no lo permite; la única manera de que éste conserve alguna fuerza para combatir su dolencia -y alguna dignidad- es la analgesia.

Aquí, por supuesto, entra en juego la determinación del denominado «umbral del dolor»... Nunca ha dejado de sorprenderme -y pido excusas a los profesionales si no estoy familiarizada con los últimos programas que sin duda se estarán desarrollando al respecto-, lo infantiles que resultan las escalas de medición de la intensidad del dolor, que en poco se

diferencian del antiquísimo método que los oculistas utilizaban para medir el grado de miopía: ¿Ve usted las letras de la última línea? ¿Con qué cristal las ve más nítidas, con éste o con aquél?... Me refiero, concretamente, al cuestionario sobre el dolor de Mc Gill, que establece una escala del 1 al 10 con la que intenta establecer una correlación entre la representación gráfica o verbal de dicha intensidad por parte del paciente y la limitación que supone para el desarrollo de una actividad normal.

Entiendo que, en razón de la esencial subjetividad del dolor, la única medición posible es la afirmación del mismo por parte de quien lo siente. Es posible comprobar la exactitud de un juicio, pero no es posible comprobar la dimensión de un sentimiento. Es un hecho el que, si digo que me duele (a no ser que esté mintiendo), me duele, aun en el caso de que no existiese factor objetivo alguno para que me doliese. Y por ello, también entiendo que no es lícito, por parte de los profesionales, restringir o negarse a administrar la analgesia a quien padece, a no ser que éste se niegue expresamente a recibirla. Y ninguna ley gubernamental, llegado el caso, podría obligarnos a sufrir, pues la política debiera ser ante todo la expresión del respeto de todos por cada uno. Y el respeto se debe a cada cual por el simple hecho de existir, pues hay en ello ya, de por sí, suficiente dosis de sufrimiento como para permitir añadirle más cuando ello puede evitarse.

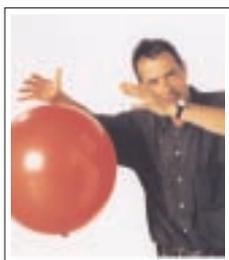
Notas

1. Esquemas y definiciones sacadas de: González Barón M, Ordóñez Gallego A, Muñoz Sánchez JD. «Dolor oncológico. Sentido del sufrimiento». En: Sanz Ortiz J (ed.). *El control del sufrimiento evitable. Terapia analgésica*. Madrid: Janssen-Cilag S.A., 2001.
2. Una de las críticas que sin duda pueden hacerse a los técnicos cuando tratan de expresarse es la redundancia del lenguaje que utilizan, lo cual muchas veces tiene como resultado que lo dicho no explique nada, aunque pueda parecer que lo hace, así también, en la definición a la que antes aludía: «El dolor es el resultado de la capacidad del individuo para percibir dolorosamente...» Vale, ¿pero qué significa «dolorosamente»?
3. Véase un ejemplo de ello en Argullol R. *Davalu o el dolor*. Barcelona: RBA, 2001.
4. Aquí es donde debe agradecerse y alentarse los esfuerzos que se están haciendo para introducir en la Sanidad pública técnicas, como la acupuntura, que pueden aliviar el dolor sin eliminar o aturdir la conciencia.

LA MANO DESNUDA

FREDERIC AMAT

Artista-pintor. Barcelona (España)



Frederic Amat (Barcelona, 1952). Su obra plástica, expuesta en distintos países del mundo, conlleva la huella de África del Norte, México, Nueva York, India... Pintor abierto a muy variados ámbitos, ha creado cerámicas, carteles y espacios escénicos para teatro y danza. Dirigió las películas *Viaje a la luna* (1998), con guión de Federico García Lorca, y *Foc al càntir* (2000), con guión de Joan Brossa. En los últimos años ha trabajado en proyectos murales: *Mural de les olles* (2001), mural *Pits de Gallifa* (2002) y la vidriera *Bestial* (2002).

Resumen

En el siguiente texto se relata la historia de una aventura creativa que concierne a la muerte pero también al poder de transfiguración del arte. Se ha tratado en todo momento de mantener el orden y el desarrollo de una experiencia situada en el límite de la vida, partiendo de la idea de que la obra se manifestaba, no tanto a través de un producto final como mediante los fragmentos y secuencias de la película. Se ha procurado, en definitiva, exponer una forma posible de vínculo entre enfermedad y arte.

Palabras clave: Cinematografía y enfermedad. Proceso creativo. Plasticidad.

Abstrac

THE NAKED HAND

In this article, the story of a creative adventure that concerns the death but also the transfigurational power of art, is narrated. It has constantly been tried to keep the order and the development of an experience located at the edge of life, reckoning from the idea that the work reveals itself, not so through a final product but through the fragments and sequences of the film. The aim has finally been to expose a possible kind of link between illness and art.

Key words: Cinematography and Illness. Creative Process. Plasticity.

Hace unos años me rondaba por la cabeza la idea de realizar un film en el que los protagonistas fueran diez dedos y las múltiples posibilidades de expresión para crear escenas y personajes con tan sólo las manos.

Las intuiciones que me rondan por la cabeza se desvanecen, en su mayoría, al poco tiempo. Unas por ilusorias, otras por banales. Algunas persisten durante días, a veces años, y van tomando cuerpo en mi mente. La realización de la película «MANS» no fue una idea fugaz; fue permanente y obsesiva. Con el tiempo se convirtió en un proyecto que tuve que dibujar para ver con mis propios ojos y gestar en el papel la sucesión de imágenes escénicas a filmar.

Una de las primeras decisiones fue emplazar las secuencias a rodar sobre una mesa a modo de «lección de cocina». Ello permitiría subvertir un código de cámara establecido por los programas gastronómicos de televisión y su peculiar manera de trabajar con el objetivo. Por ociosidad imaginé un cierto guión, más

Conocía a Teresa Calafell de mucho tiempo atrás. Primero como espectador, luego como amigo y cómplice en nuestra estima por la escena. Fue junto con Joan Baixas, su compañero de entonces, con el que Teresa formó en 1968 el grupo de teatro CLACA. Su peculiar trabajo con títeres y su interés constante por la plástica contemporánea abrieron los ojos de los espectadores como platos ante el retablo de las maravillas habitado por sus manos. Sus colaboraciones con artistas como Tàpies, Matta o Saura son referentes y es memorable su espectáculo con Joan Miró «MORI EL MERMA» que se estrenó en 1978, al poco tiempo del fin de la dictadura de Franco.

En compañía de Roland Penrose y el poeta Joan Brossa, viajamos en coche los tres a un pequeño pueblo del interior de Cataluña donde estaban ensayando el espectáculo «MORI EL MERMA» y del que el fotógrafo Francesc Català-Roca rodaba un film como crónica visual del proceso creativo. Ahora, tiempo después, aún recuerdo aquella tarde como privilegio y como acertada



exactamente diferentes temas, como por ejemplo: el Paraíso con un Adán y una Eva en medio de una naturaleza muerta de hortalizas y frutas o las mil formas que surgen al manipular una masa de harina o al cocinar un delirante pastel, etc...

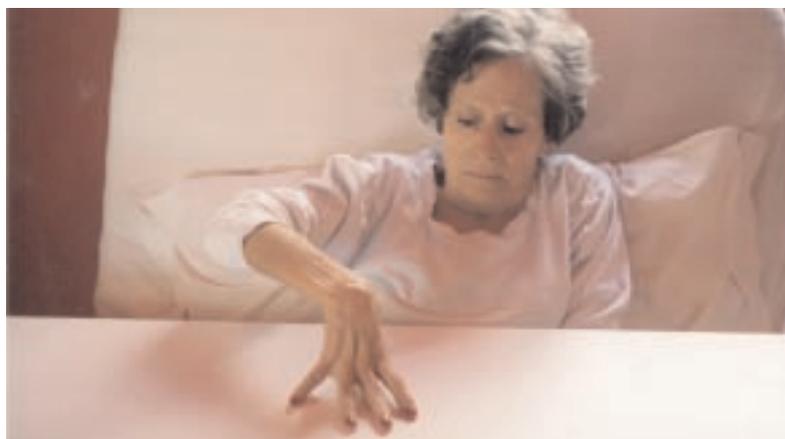
En aquellos días en que mi idea se iba configurando, recibí una postal roja, con la leyenda «LA GUINDA» impresa en ella y leo: la guinda, una fruta pequeña, agrídulce, globulosa y de un rojo oscuro... Creación e interpretación de Teresa Calafell; dirección Gloria Rognoni y música Joan Saura. En el dorso se leía: la actriz se presenta altiva, enigmática y distante; el placer de tocar y acariciar se concentra en sus manos golosas hasta deleitarse. Unas manos expresivas y versátiles, unas manos sorprendentes, tiernas, viciosas, sensuales, dulces, agrias, atrevidas. Unas manos que apasionadamente bailan un tango o nos muestran su desnudez en un «strip-tease» sofisticado y provocativo... Un pequeño, jugoso, delicioso espectáculo; una guinda. Anotaban el lugar de la representación en el teatro Espai Escènic Joan Brossa de Barcelona. Era octubre de 1999.

aquella definición de Teresa que apuntó Joan Brossa: «la manejadora de sugerencias».

Así fue que años más tarde recibo la postal anunciando «LA GUINDA», y allí fui a ver el espectáculo de Teresa en la pequeña sala de teatro del barrio del Raval, en Barcelona, de no más de veinte metros cuadrados. Tan sólo una mesa negra como escenario donde, al rato, se presentó Teresa desenfundando sus guantes y, ante la aparición de sus manos, tuve la sensación de que todo podría ocurrir. Y ocurrió.

La intimidad de la sala y la cercanía de visión del público a las escenas que se sucedían sobre la mesa nos ofrecían, desde la profundidad de la máscara, la poética percepción de una realidad que se representaba en una otra escala merced a las alegorías de sus manos.

Esperé a Teresa a la salida de su función; sabía de su enfermedad, aunque me sorprendió verla caminar con ayuda de una muleta. Le manifesté, sinceramente, lo mucho que había disfrutado del espectáculo; ella me contó las vicisitudes del mismo y el tremendo dolor de



espalda que había sufrido a lo largo de la representación de aquella noche. Me habló, con naturalidad, de su enfermedad que desde hacía años padecía: el cáncer. Intenté animarla y, cómo no, le conté mi proyecto de «MANS» y que de alguna manera veía ya realizado en su propio espectáculo... Me gustaría -le dije- que me dejaras filmar tus manos. Quedamos para reencontrarnos más adelante y hablar con calma de todo ello.

A la mañana siguiente hice gestiones para poner en marcha el proyecto; hablé con uno y otro y, finalmente, conseguí que BTV-Barcelona Televisió se comprometiera gentilmente a facilitar la producción.

A los pocos días, al contactar con Teresa por teléfono para convenir una cita, me comunicó una mala noticia: la representación a la que había asistido la otra noche había sido su primera y última de «LA GUINDA» en el Espai Brossa. No se veía con fuerzas para seguir actuando las otras funciones anunciadas. A pesar de todo, Teresa, con entrañable coraje, me dio una fecha de encuentro. Así fue que a mediados de diciembre de 1999 tuvimos una primera reunión de equipo en la que se acordó filmar en un plató y con una mesa de cocina como escenario de las diferentes acciones de sus manos. Se grabaría también en vídeo un «*making off*» del transcurso de la filmación del proyecto.

Teresa estaba muy animada con la aventura y nosotros felices de su generosa colaboración. Acordamos una fecha de principios de enero del 2000

para el inicio del rodaje de «MANS». Pero tiempo más tarde, llegado el momento de filmar en el plató las secuencias previstas, se acusó el desarrollo de su enfermedad y en esta ocasión parecía que iba en serio. Teresa estaba acostada en cama con apenas capacidad de autonomía. Con mi amigo Andrés Hispano la visitamos en varias ocasiones en su ático de la calle Banys Nous. En aquellas visitas no dejamos de hablar de nuestro proyecto «MANS». Siempre me han sorprendido los pacientes que alejan la queja de su enfermedad y conviven pacientemente con ella. Ésta era la actitud de Teresa, que nos ayudaba a todos, y creíamos, o hacíamos por creer, que mejoraría. A pesar de su enfermedad, mantenía intacta la fuerza de expresión de sus manos. Me fascinaba verla manifestarse a través de ellas: de una manera inconsciente danzaban al exacto ritmo y sentido de sus palabras. En una ocasión le pregunté por el origen de ese poderío y me contó que era hija de padre y madre sordomudos, lo cual le marcó de por vida su peculiar capacidad de expresión manual. Teresa inició por aquellos días un dietario de convalecencia donde escribía -me dijo- pequeñas reflexiones, crónicas de la memoria o anotaciones de las visitas, dibujos de posibles espectáculos, etc. Recuerdo que, junto a su cama y al lado de una infinita lista de medicación con su horario de toma, había un montón de fotos. Eran los retratos que realizaba, con su pequeña cámara, de amigos y familia tomados desde su permanente almohada. Entre estos retratos, el nuestro. La visitábamos con frecuencia y Andrés seguía grabando





con su cámara DVCAM la crónica de estos encuentros. Horas y horas grabadas como mosaico de imágenes y palabras en torno a la creatividad escénica, la ternura, la enfermedad, el tránsito de los días, la pintura, el amor y la vida y la muerte... A los dos meses anuncié a Teresa mi inmediato viaje a la India hasta la próxima primavera. Hicimos votos de que a mi vuelta estaría recuperada e iniciaríamos el rodaje previsto de nuestra película «MANS» con su estado de salud mejorado.

A mi regreso en mayo tuvimos un nuevo reencuentro. La obsequié con algo que había pintado para ella durante el viaje a Oriente: una mano roja. Teresa seguía en cama. Su habitación presentaba pequeños cambios como un nuevo color de la pared o aquí y allá obsequios recibidos a lo largo de casi medio año de convalecencia, o el reducido tamaño de su nueva cama que hacía más amplia su alcoba... Como siempre, no lejos de ella, su pequeño maletín que un día me mostró con los enseres de atrezzo de «LA GUINDA» y con los que Teresa, por aquellos días, realizó algo fantástico: enseñar metódicamente a su hijo Nico las «claves» de su espectáculo de microvariedades. Un legado de manos.

Una tarde, Teresa me comunicaba su imposibilidad de realizar nuestro film previsto. ¡Qué lástima! -dijo- porque tenía muchas ganas... Si quieres se puede, le dije. ¿Cómo? Aquí, en tu cama. Su condescendencia fue maravillosa y aceptó el reto. Convinimos que el equipo de rodaje quedaría reducido a tres personas y a dos ayudantes en el exterior. Una mesa camilla sería el escenario.

Mi guión inicial, y varios momentos de su propio espectáculo «LA GUINDA», nos podían servir como

trama en la que dar cabida a otras improvisaciones. Evidentemente, las fechas de cita de rodaje dependerían del estado de ánimo de Teresa. Con Mariona Omedes y Andrés Hispano iniciamos de inmediato la filmación de «MANS» en su pequeña habitación.

Sus manos engendraron los más enigmáticos, expresivos, tiernos o violentos caracteres. Así, una hoja de col, como máscara en el horizonte, a la que su dedo agujereó a la altura de los ojos dándoles la visión primigenia que observa el enfrentamiento hostil de dos dinosaurios hechos con sus dedos. En otro momento pintando con su índice una enigmática danza de trazos en la transparencia de un cristal, y más tarde un meñique perdido que se ahoga en un vaso de agua o un caminar de dedos y sus negras huellas dactilares o la violación, con el pulgar, de un tomate... En una y otras escenas sus manos se travestían en una sorpresa: ahora bailaban un perverso tango; ahora representaban un seductor strip-tease. La mano desnuda.

Dimos por concluida la filmación el primero de junio del 2000. Fui a visitar a Teresa otras veces a lo largo de aquel verano; poco tiempo después, en noviembre, falleció. Muchas manos amigas manifestamos un profundo y sonoro aplauso en su despedida.

Hoy, junto a estos papeles que escribo, tengo una caja con un montón de cintas grabadas de todo ello, y que poco a poco voy tejiendo como película en la pantalla de mi ordenador con las imágenes transitadas siempre por la creativa generosidad de las manos de Teresa. La mano que da.

