

REPRESENTACIONES CORPORALES Y MAPAS: UNA PROPUESTA

BODY REPRESENTATIONS AND MAPS: A PROPOSAL

Clara Benedicto Subirá

Médico de Familia

Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud por la SEMPyP

Resumen: Desde distintas perspectivas miramos a las partes del cuerpo, a las regiones del cerebro, a los cuerpos proyectados sobre el cuerpo, e intentamos comprender lo que nos dicen. Vemos y medimos topografías pero dudamos sobre su significado. Miramos los puntos como miramos las estrellas, porque las líneas que aparecen uniéndolas en los libros no se ven en el cielo.

La enfermedad es una ruptura de eso que no se ve y que mantiene unidos los puntos, pero que la persona ha construido como una red que sustenta su propia biografía. También la ruptura puede generar enfermedad, porque sufrir de lo visible tiene un lugar social mejor aceptado que la incertidumbre de lo que no se puede ni nombrar ni situar en un mapa corporal.

Ayudar a reparar y dar sentido a esas roturas es una tarea fundamental de los profesionales sanitarios. Pero para poder hacerlo debemos escuchar lo que el cuerpo dice y encontrar un lenguaje común, una superficie donde extender las piezas para reordenarlas. Los mapas, que ya se usan para trabajar con comunidades, podrían ser una herramienta de trabajo y reflexión.

Palabras clave: Medicina Psicosomática, Imagen Corporal; Empatía, Cartografía, Mapas

Abstract: From different perspectives we look at body parts, brain regions, bodies projected over bodies, and we try to understand them. We see topographies but have doubts about their meaning. We look at the spots as we look at the stars, for the lines matching them in constellations don't show in the sky. Illness is a rupture of what we can't see and keeps the spots together, built by the person like a net to hold his own biography. And also rupture can produce an illness, because to suffer of the visible has a better social meaning than the uncertainty of what cannot be named or put in a body map.

Health professionals have the duty to help healing and giving some meaning to these fractures, but to be able to do it we need to listen to what the body is telling us and find a common language, a space to lay the pieces out and rearrange them. Maps, already used to work with communities, could become a reflection tool to work with.

Keywords: Psychosomatic Medicine; Body Image; Empathy; Cartography; Maps

INTRODUCCIÓN

En una consulta médica, el motivo de consulta casi nunca es el problema. En el caso de la patología psicosomática (si es que hay algo que no sea psicológico, somático y social), una de las mayores dificultades es cambiar el foco de trabajo sin despreciar ni discutir el valor personal del síntoma.

Desde los principios de economía y homeostasis, el cuerpo está a menudo al servicio de las necesidades psíquicas. Para representar la identidad, los mandatos sociales, el dolor o la enfermedad, se sitúa el símbolo en el cuerpo; esto permite nombrar el mal, pero a menudo dificulta comprenderlo y otorgarle sentido, y por tanto puede fracturar la identidad. Además, en nuestra sociedad el cuerpo es el elemento central de la vida y las relaciones sociales, y todo se construye sobre él. Por eso, se puede decir que nuestro cuerpo es un lienzo, pero también un campo de batalla.

A lo largo de este viaje por los lugares y significados corporales hablaremos del encuentro entre la mente y el cuerpo y de hallazgos científicos que dan luz sobre las representaciones biológicas. En una segunda parte, editada en el próximo número, se prestará más atención a la concepción social, artística y lingüística y cómo se proyectan sobre el cuerpo, y presentaremos una propuesta relacionada con los mapas.

LA MENTE, EL CUERPO Y EL ENCUENTRO

Ahora ya sabemos que el alma es el cuerpo y el cuerpo el alma.

*Nos dicen que son diferentes porque quieren persuadirnos
de que podemos quedarnos con nuestras almas
si los dejamos esclavizar nuestros cuerpos.*

George Bernard Shaw

A lo largo de la historia se ha teorizado mucho sobre uno de los debates más antiguos, lo que Schopenhauer llamó “el nudo del mundo”: la mente y el cuerpo, la relación entre el cuerpo y lo psicológico y social y el papel de cada uno en la identidad, o en qué medida importan y actúan en nosotros el componente perceptivo, el componente cognitivo-afectivo, y el componente conductual.

En las culturas premodernas el hombre tenía una imagen de sí mismo indisociable del cuerpo y en continuidad con la comunidad, la naturaleza y el cosmos. Por ejemplo, los pueblos canacos (melanesios) dan al cuerpo las mismas categorías del mundo vegetal: *kara* es la piel del hombre y la corteza del árbol. La unidad de la carne y de los músculos (*pié*) se refiere también a la pulpa de las

frutas. El esqueleto se denomina igual que el tronco de los árboles, y los desechos de coral que aparecen en las playas. Sólo existen en relación con los otros y por tanto el cuerpo no es una frontera. A partir de las colonizaciones y las evangelizaciones, un anciano melanesio respondió a Leenhardt, a propósito del aporte occidental a las mentalidades tradicionales, que “lo que ustedes aportaron fue el cuerpo” (Le Breton, 2002). Esta transformación de distanciamiento respecto de la naturaleza y la comunidad (la organización de la persona alrededor del yo), induce a buscar un factor de individuación, y el cuerpo cumple ese rol.

El inicio de la concepción moderna nace primero con la individuación, y luego con la dualidad, desde Platón (el mundo de las ideas, inteligible, inmaterial y eterno, y el mundo de la realidad, sensible y visible, que es una copia imperfecta de las primeras). Más tarde Descartes lo recogía definiendo el cuerpo y la mente como dos sustancias distintas: la mente está vinculada al acto de pensar y no tiene espacio definido; el cuerpo pertenece a lo natural, es previsible y sigue pautas fijas, estudiadas por la anatomía y la fisiología. Y como materia, el cuerpo está desprovisto de subjetividad, y el sujeto es recipiente pasivo de la corporalidad. Se admite que los dos influyen el uno en el otro, pero ninguno de ellos resolvió satisfactoriamente el problema de la interacción desde la dualidad.

La expresión de la condición humana (asimilada a lo psicológico o al alma) queda entonces en el ámbito de lo privado, mientras que en lo físico la mirada adquiere preponderancia, dedicándose atención y preocupaciones al cuerpo pero como posesión o pertenencia, y por tanto convirtiéndose en elemento clave de la diferenciación y el individualismo (Valencia, 2010). Los esfuerzos se han dirigido a intentar explicar cada uno por separado, pero no se explica el encuentro.

La perspectiva psicoanalítica propuesta por Didier Anzieu destaca la importancia de “la fantasía individual consciente, preconscious e inconsciente, y su papel de puente y de pantalla intermediaria entre el psiquismo y el cuerpo, el mundo y los demás psiquismos. El Yo-Piel es una realidad de orden fantasmático representada en las fantasías, los sueños, el lenguaje corriente, las actitudes corporales y los trastornos del pensamiento...” (Anzieu, 2010). Dice Anzieu que “el cerebro y la piel son seres de superficie”, porque son lo que nos separa, nos relaciona y nos protege del mundo exterior. Ese “nos” son los contenidos psíquicos inconscientes y preconscious, que constituyen el contenido. Y el continente para él es la piel psíquica, o el yo-piel, que organiza el intercambio con el mundo como si de la membrana de la célula se tratase (Anzieu, 2010). La instauración del yo-piel por tanto responde a la necesidad de una envoltura narcisística y asegura al aparato psíquico la certeza y la constancia de un bienestar básico; a través de sus funciones (contener en el interior, proteger, limitar y separar del exterior, relacionarse con los otros...) protege el desarrollo de la identidad.

1. La identidad.

La identidad podría definirse como “la parte del concepto de uno mismo que facilita a la persona un aspecto unificado de su yo personal y social, una imagen en la que ese yo se afirma, puesto que la identidad permite al sujeto tomar conciencia de sí mismo, de su lugar en el mundo y en relación a los demás.” (Pastor Carballo & Bonilla Campos, 2000)

El yo (*self*) actúa como una estructura de conocimiento autorreferente, que organiza y evalúa la información en rasgos centrales y periféricos jerarquizados. En sociedad, el yo define su identidad respondiendo a situaciones de manera consistente: al principio y a través de la tribu o grupo de pertenencia se captan los simbolismos y generalidades sociales, que se modulan por algunas valencias diferenciales como puede ser el género. Pero posteriormente, estos esquemas aprendidos se van tamizando por la experiencia hasta llegar a la diferenciación del individuo, estableciendo una progresiva independencia de los sistemas sociales e integrando sus actos de forma que la historia personal se va transformando en biografía; a través de la interacción se define la singularidad y ésta permite dar una continuidad a la experiencia del individuo.

Dentro de este esquema, el cuerpo actúa como elemento de interacción e integración social. Y la identidad es también el puente que posibilita el abrazo del cuerpo ideal y el real; por eso la ruptura de esa unicidad puede producir enfermedad, o en todo caso síntomas, y también la enfermedad puede amenazar la identidad al reproducir cambios de roles y escenarios.

La subjetividad es una herramienta valiosa para recuperar la identidad tras la ruptura de la enfermedad, y poder construir una narrativa propia. Las cosmogonías -otra narración- son mitos que intentan dar respuesta al origen del universo o la humanidad, desde el caos a la organización simbólica del espacio, donde se buscan y se atribuyen significados (desde el génesis judeocristiano o el demiurgo griego, hasta el *big bang* o el gen egoísta de Dawkins).

En nuestro cuerpo y nuestro yo, para aceptar el caos y la incertidumbre y alcanzar sentido, se debe reescribir activamente la cosmogonía, o construir la subjetividad como un “producto de la articulación de las cosmogonías, filosofías, valores y normas del sujeto, en síntesis, las dimensiones ética y socio-cultural, incardinadas en un cuerpo biológico, que subyacen en el reconocimiento del sujeto como individuo, y se muestran en su forma de ser, estar y actuar en el mundo.” (Lagarde, 1998). La identidad para ella es una experiencia subjetiva, y su territorio es el cuerpo vivido en lo bio-psico-socio-cultural.

2. El esquema corporal y la imagen corporal. Los ideales corporales sociales.

La subjetividad es precisamente lo que articula nuestro espacio físico con nuestro espacio simbólico, diferenciándose dos concepciones en cuanto al cuerpo (Torres-Oquendo & Toro-Alfonso, 2012):

- El esquema corporal es una “figuración topográfica de la corporalidad” (Bonnier 1905 citado por Sassano 2003).
- La imagen corporal son las ideas y actitudes que tenemos sobre el propio cuerpo, o la representación de nuestro cuerpo en nuestra mente. Integra la parte preceptual (mandatos), la conceptual (ideas), y la emocional. Dado que mezcla lo intrapsíquico con lo intersubjetivo o socio-cultural, podríamos llamarlo también el “cuerpo vivido”.

Si nuestra identidad se define en gran parte por nuestra forma de ser y situarnos en el mundo, esa interacción –a un nivel micro, meso y macro- va a condicionar como casi ninguna otra nuestra imagen corporal y sus evoluciones.

Se denomina ideales corporales sociales a los valores y significados transmitidos desde la cultura y la sociedad a través de categorización y normativas explícitas o no, que influyen en la vivencia del propio cuerpo y la construcción de la imagen corporal. Estos preceptos generan esquemas o construcciones cognitivas que guían la percepción e interpretación de la experiencia.

Las representaciones sociales en tanto estructuras cognitivas cumplen la función de facilitar la aprehensión eficaz de fuentes de información a menudo ambigua y mal definida –porque la información social es simbólica y contextual-, permitiendo al sujeto que su mundo interpersonal sea más significativo y predecible. Un ejemplo de estos ideales es la deseabilidad social, que hace al individuo cumplir con las normas para obtener la legitimación del grupo. El discurso moderno predominante, enmarcado en un modelo biologicista y tecnológico, genera:

- Una fragmentación de la imagen corporal, que se traduce en la anatomización del pensamiento y la vida (organismo contra cuerpo, órgano contra organismo), un modelo de afrontamiento de los cambios vitales y corporales y por tanto en la demanda de un modelo especializado y focalizado de atención sanitaria.
- Una lectura genérica de los cuerpos, diferenciando sólo entre valores funcionales-instrumentales y valores de atractivo.
- Una instrumentalización del cuerpo, y secundariamente una pretensión de inmediatez y eternidad que retan a los propios conceptos del tiempo y de la muerte.

Escribe Hanif Kureishi que “Si la idea misma de la muerte está muriendo, todos los significados, los valores de la civilización occidental desde los griegos, han cambiado. Parece que hemos reemplazado la ética por la estética” (El Cuerpo, 2002)

Un ejemplo de este recambio es el siguiente (Pastor Carballo & Bonilla Campos, 2000):

El ideal estético de la mujer contiene tres ingredientes básicos: juventud, delgadez y belleza. Según Pastor (2004), esta combinación revela no sólo el rechazo al cuerpo en transformación y el empeño por borrar las marcas del tiempo que se significan como signos de fealdad, de falta de control y de éxito social, sino también una tendencia uniformadora que trata de hacer desaparecer la individualidad diferenciadora bajo el imperio de un patrón uniforme y rígido de desarrollo. La rigidez y uniformidad de las diferencias básicas en los modelos ideales del atractivo en varones y mujeres se cifra en valores asimétricos como lo son fortaleza y potencia frente a juventud y belleza.

En todas estas dualidades construidas como artificialmente antagónicas o excluyentes se genera una falsa sensación de inevitabilidad de elección. Además desde el punto de vista de la cultura occidental, que contribuye a la dicotomía, se transmite una jerarquización implícita (Alemany Anchel & Velasco Laiseca, 2008): bueno/malo, cultura/naturaleza, cuerpo/mente, masculino/femenino, salud/enfermedad...

El estereotipo vincula la mente al control, la racionalidad y el orden, y el cuerpo al descontrol, lo irracional, la naturaleza y el caos. Dentro de este marco, se admite fácilmente la necesidad de intervención “restablecedora del orden” en el trastorno corporal, pero se estigmatiza socialmente cualquier comportamiento o síntoma que pueda denotar desorden o irracionalidad en lo psicológico, por lo que resulta más económico y aceptable corporalizar los síntomas.

También en la relación sensorial con el entorno hay una jerarquía: la visión se ha transformado en el sentido hegemónico y condicionante de nuestras percepciones. Esto implica la preponderancia de lo que se puede ver (frente a lo no medible o abstracto), el uso de la belleza y la juventud como elemento de relación (integrando la mirada del otro en uno mismo), pero también el consumo de imágenes que deben ser aprehensibles de un vistazo, y la relegación de la funcionalidad y la complejidad. A través de ella se objetiviza el cuerpo en órganos, funciones, conexiones... reduciendo la carga de intersubjetividad.

Otro ejemplo de normativización social es la diferencia entre el sexo y el género, u otra dualidad más amplia de la cual se genera ésta: lo natural y lo cultural.

“Investigaciones clínicas llevadas a cabo por Stoller y por Money y Ehrhardt sobre hermafroditismo, transexualismo y trastornos de la sexuación -síndromes de Turner, de Klinefelter, de feminización testicular- pusieron de manifiesto que ante la ausencia de fuerzas biológicas capaces de informar sobre el sexo real, la gran influencia de los factores psicosociales -el género- terminaba imponiéndose. De ahí que haya que diferenciar entre los sustratos biológicos, que son condiciones de posibilidad comportamental, y los factores etiológicos que, según estos autores, son psicológicos.” (Martínez Benlloch, n.d.)

Aún con una polémica importante, el género podría definirse como el conjunto de rasgos y características psicosociales vinculadas a la dicotomía sexual impuesta. Se trata de una definición relacional y representativa: “el lugar donde el cuerpo rompe a hablar”. Por tanto, serían elementos de la constitución del género: el ámbito simbólico (los símbolos y metáforas culturalmente disponibles), los conceptos normativos (las normas religiosas, científicas y legales), las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género (familia, atribuciones de género, mercado de trabajo segregado por sexos) y la identidad.

Según estos condicionantes, el papel del género en la persona en sociedad se puede enfocar de múltiples formas teniendo en cuenta las posibles diferencias sexo-género, los límites de las clasificaciones normativas y los estereotipos de género (en nuestra sociedad por ejemplo hay un debate abierto que reta las fronteras con la homosexualidad, lesbianismo, transexualismo, bisexualismo...). Diferentes etapas del desarrollo dan lugar también a distintas vinculaciones con el sexo-género y su repercusión en la imagen corporal, desde el descubrimiento y exploración adolescentes, al ajuste y definición de los roles en la edad adulta –con la maternidad y el desarrollo profesional-, y a la flexibilización en la vejez. (Barberá & Martínez Benlloch, 2004)

En algunas sociedades, la diferencia se transforma de diversidad en desigualdad, y para justificar racionalmente esa desigualdad, se naturaliza, haciéndola legítima e inmutable (ejemplo de los roles de género). La medicina y la ciencia en el pasado han tenido mucho que ver con algunos de estos procedimientos, naturalizando desigualdades entre géneros (así como entre “las enfermedades del cuerpo” y “las enfermedades de la mente”), ahondando en la dicotomía y transmitiendo este esquema cognitivo a la sociedad.

En cuanto a la proyección del sexo y el género en la salud y el cuerpo, hay actualmente datos abundantes sobre diferente morbilidad física y mental en mujeres, no sólo en relación a lo biológico, sino a las desigualdades producidas por los roles de género, y los diferentes estilos y condiciones de vida que éstos conllevan.

Por ejemplo, la enfermedad coronaria, que es una causa de muerte relevante, está infradetectada en mujeres porque los factores de riesgo son diferentes a los varones, cambian a lo largo del ciclo vital, y cursan con distinta sintomatología (Martinez Benlloch, n.d.).

Los síntomas relacionados con miedo, angustia, inseguridad, falta de asertividad, dependencia o estrés, vinculados tradicionalmente con la feminidad, muestran una mayor prevalencia en las mujeres, mientras que el miedo al fracaso social, más acorde con la socialización masculina, es prevalente en los hombres.

Esto explica en parte el porqué de patologías más prevalentes en mujeres: depresión, ansiedad, trastornos somatomorfos o de conducta alimentaria, abuso de sedantes y ansiolíticos... Burin sugiere incluso que el mayor consumo de psicofármacos por parte de las mujeres podría ser una fuente de auto y heterorregulación de los elementos exógenos para reducir el malestar sin romper con el rol de género, ya que las conductas de transgresión están socialmente proscritas. Esto contrasta con los varones, en los que es más frecuente el abuso de alcohol, alucinógenos u opioides. (Burin, 1990)

Dentro de la transmisión de los ideales corporales sociales y la homogeneización, es fundamental el papel de los agentes de socialización, que son “los otros”: la publicidad, medios de comunicación y la tribu.

En este entorno social, el cuerpo es “un signo de salud, integración y éxito social, al tiempo que se presenta como un objeto alcanzable a través del consumo y la aceptación de las normas de la apariencia. La sexualización del consumo, a través de la estética de mostrar el cuerpo, supone la sumisión al imperativo de hacer visible lo íntimo (Dio Bleichmar) con la exigencia constante de una exposición permanente del cuerpo a la mirada del otro, a una atención vigilante cuando esa mirada se internaliza y es el cuerpo el que es percibido externamente, como el de una persona extraña. El sometimiento del cuerpo a una evaluación competitiva -con respecto a los pares y en pos de un patrón corporal- suscita un conflicto de seguridad en la persona ante el cumplimiento imposible de la demanda de atractivo normativo.” (Pastor Carballo & Bonilla Campos, 2000)

John Berger hace un interesante análisis de la publicidad, afirmando que no es simplemente un conjunto de mensajes en competencia, sino un lenguaje en sí misma que se utiliza para un solo propósito: actuando sobre la ansiedad de la identidad fragmentada (la tensión entre lo que uno es y lo que querría ser) nos propone a cada uno de nosotros que nos transformemos. Pero para ello se centra en las relaciones sociales, no en los objetos. No puede ofrecer el objeto real del placer, porque el comprador no dispone todavía de él; por eso, le ofrece una imagen de sí mismo que resulta fascinante

gracias al producto o la oportunidad que se está intentando vender. Y lo que le hace envidiable, es precisamente, la envidia de los demás. En palabras de Berger, “la imagen publicitaria le roba el amor que siente hacia sí misma tal cual es, y promete devolvérselo si paga el precio del producto”. Por eso la veracidad de la publicidad no se juzga por el cumplimiento real de sus promesas, sino por la correspondencia entre las fantasías que presenta y las del espectador-comprador. (Berger, 1972)

Esa distancia entre el cuerpo ideal y el cuerpo real, y la inadecuación de la imagen corporal al esquema, generan una ruptura psíquica y de la identidad personal y social. Ante ello, cada uno tenemos la opción de intentar una autoconstrucción desde la contradicción y la subjetividad, o del “modelado” corporal. En este sentido, Foucault usó el término de tecnologías corporales -dentro de las *tecnologías del yo*- usadas para construirnos según el rol social y la imagen corporal (Alemany Anchel & Velasco Laiseca, 2008):

- Aquellas dirigidas a conseguir un cuerpo que se asemeje al ideal (regímenes, cirugía estética, etc)
- Aquellas dirigidas a una expresión corporal adecuada a la masculinidad o feminidad.
- Aquellas dirigidas a decorar el cuerpo (vestidos, adornos, etc.)

3. La enfermedad como ruptura, o la ruptura como enfermedad

Todas las familias felices se parecen unas a otras; pero cada familia infeliz tiene un motivo especial para sentirse desgraciada.

León Tolstoi (Anna Karénina, 1877)

Las circunstancias vitales que producen experiencias subjetivas transforman nuestra identidad personal y social. La “novela corporal” se construye de acuerdo a la forma en que cada persona enfrenta y elabora estos cambios salidos de la realidad corporal o recibidos por ella. La vivencia de las propias experiencias -el modo de percibir el mundo y de resolver los conflictos y problemas- va a condicionar nuestras estrategias de afrontamiento, y, en consecuencia, influirá en los posibles modos de enfermar.

Lo dice Tubert así: “todo síntoma es, en lo esencial, un precipitado de significaciones referidas a diferentes dimensiones de la vida humana” Por tanto, nuestra identidad personal y social puede generar condiciones de vulnerabilidad, aumentando el malestar, el riesgo de enfermar, modulando la expresión de los síntomas y condicionando también desigualdades en el acceso a cuidados y en el abordaje de los problemas desde las instituciones. El paradigma de esto es lo que Julian Tudor Hart enunció como la Ley de los cuidados inversos (Tudor Hart, 1971).

La enfermedad es un accidente que separa a la persona de su cuerpo, y le convierte en espectador, haciendo emerger el conflicto y el dualismo. Las enfermedades psicosomáticas además denotan una percepción, evaluación y representación de las manifestaciones psicológicas y somáticas. Como en *Anna Karenina*, el sufrimiento es singularidad más que muchas otras vivencias.

Se podría entender un paralelismo entre el desplazamiento somático y los cambios corporales de la adolescencia: el cuerpo es un lugar de amortiguación y defensa contra la angustia, y un campo de batalla de la identidad en construcción, de duelo por el cuerpo anterior (infantil/sano), que produce un sentimiento de extrañeza propio y en la mirada de los otros. Pero como en el adolescente, a pesar de la extrañeza y el conflicto, a la vez el cuerpo es el único nexo tangible que se tiene con el mundo (Valencia, 2010).

4. Los síntomas como marcas corporales

Desde la teoría psicoanalítica se han estudiado las funciones psíquicas de las marcas corporales auto-realizadas (Valencia, 2010):

- Marcar una individuación mediante la identificación con un ideal, adhesiones a grupos sociales, ritos de paso... reforzando la pretensión de cambio sin retorno.
- Registros mnémicos de duelos o momentos importantes: a medio camino entre la expresión externa del dolor psíquico o simbolización sintomática, y la reliquia, que a la vez evoca y niega la pérdida.
- Para intentar dominar fuerzas pulsionales desorganizadas y desorganizadoras: no hay elaboración ni simbolización psíquica: el cuerpo es el lugar de descarga de la angustia. Esto sería el ejemplo de generación de un síntoma psicosomático como marca.
- En ocasiones, si la significación consciente de esos signos que se plasman en la piel les es indiferente, de todos modos ellos son una “enunciación”, toman valor de mensaje, al producir un efecto en la mirada del otro y también en la consideración de sí-mismo, y por lo mismo tienen funciones en el plano inconsciente y en el social.

Como fenómeno social hay mucho escrito sobre las marcas físicas deliberadas, pero menos sobre las marcas corporales sobrevenidas, tanto literales –las cicatrices, las enfermedades- como simbólicas –el síntoma psicosomático-. El recurso al cuerpo se ha transformado aquí en un mecanismo sustitutivo que intenta reemplazar en sus funciones a los medios simbólico-culturales, o a otros medios psíquicos.

Las experiencias transformadoras podrían ir entonces tras la búsqueda de otro mecanismo de resolución del conflicto, o la adjudicación de sentido a la marca. Por ejemplo en la noticia de una tatuadora que dibuja motivos artísticos sobre cicatrices de mastectomía por cáncer de mama, para convertir una marca indeseada y con un bagaje negativo en algo deseado que contenga un mensaje propio y personal (Gallego, 2014).

La fragmentación generada por la crisis de la enfermedad, cuando se elabora, debe generar una nueva narrativa, integrando las marcas corporales psíquicas y físicas.

EL ESQUEMA CORPORAL: LAS REPRESENTACIONES BIOLÓGICAS

En los hospitales la gente se muere de hambre de piel.

Walter Benjamin

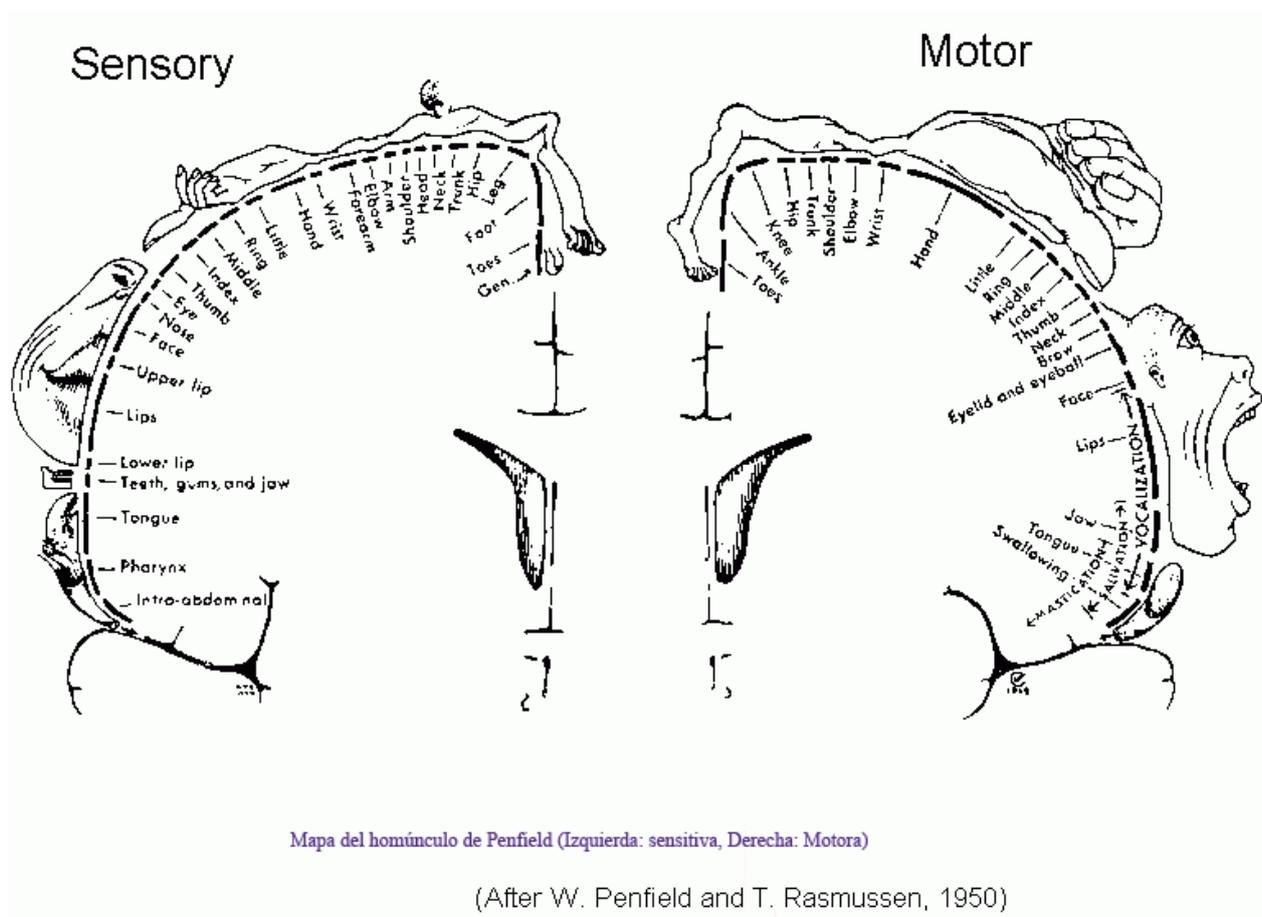
Desde la ciencia hay una tendencia a resaltar lo “sustancial” y tangible, asimilando el cuerpo vivo al sistema nervioso y el comportamiento a las actividades cerebrales, y minimizando los demás factores para intentar ganar certeza cartográfica.

1. El mapa (topográfico) del cuerpo en el cuerpo: el homúnculo de Penfield

Las zonas “directoras” y que antes y mejor se han estudiado son las que realizan las funciones visibles, medibles y explorables: la motricidad y las sensaciones. Irónicamente, estas áreas corticales corresponden al cuerpo de las neuronas, por lo que inintencionadamente en lo microscópico se reproduce el patrón macroscópico de anteponer la comprensión del cuerpo a la de las conexiones.

El córtex motor primario se encuentra en la parte dorsal del giro precentral y anterior al sulcus central o cisura de Rolando, mientras que el somatosensorial primario está en el giro postcentral en el lóbulo parietal anterior (áreas 3, 1 y 2). Ambos se encargan respectivamente de la movilidad voluntaria y del análisis de la percepción somática (tacto, temperatura y dolor) contralaterales, con información periférica proveniente del tálamo.

El mapa que la corteza tiene para gestionar la información eferente (saliente) y aferente (entrante) se llama homúnculo, que –muy acorde con la propuesta de los mapas corporales–, significa hombrecillo [figura 1]. En el hombrecillo del mapa, algunas partes del cuerpo tienen un tamaño no proporcional al corporal, porque el espacio correspondiente en el cerebro está determinado por la sensibilidad del tejido (cantidad de receptores sensitivos periféricos) o finura del control voluntario, en caso del córtex motor, y no por su tamaño.



Mapa del homúnculo de Penfield (Izquierda: sensitiva, Derecha: Motora)

(After W. Penfield and T. Rasmussen, 1950)

Figura 1: Homúnculo sensitivo (izquierda) y motor (derecha)

Dentro de estas funciones físicas son también importantes el área premotora (coordinación de movimientos secuenciales y complejos) y el córtex somatosensorial secundario, localizado en el opérculo parietal, y encargado de la percepción bilateral somatoestésica. Algunos estudios (Ruben, 2001) demuestran que también presenta una organización somatotópica como el homúnculo, aunque no parece tan fina y diferenciada como la del córtex primario.

El córtex somatoestésico de asociación (parieto-temporo-occipital) recibe información de ambos hemisferios y de origen sensorial –visual, auditiva, vestibular, propioceptiva...- encargándose de su integración, interpretación, reconocimiento en tres dimensiones y representación mental del espacio que se usa como mapa-guía para los movimientos.

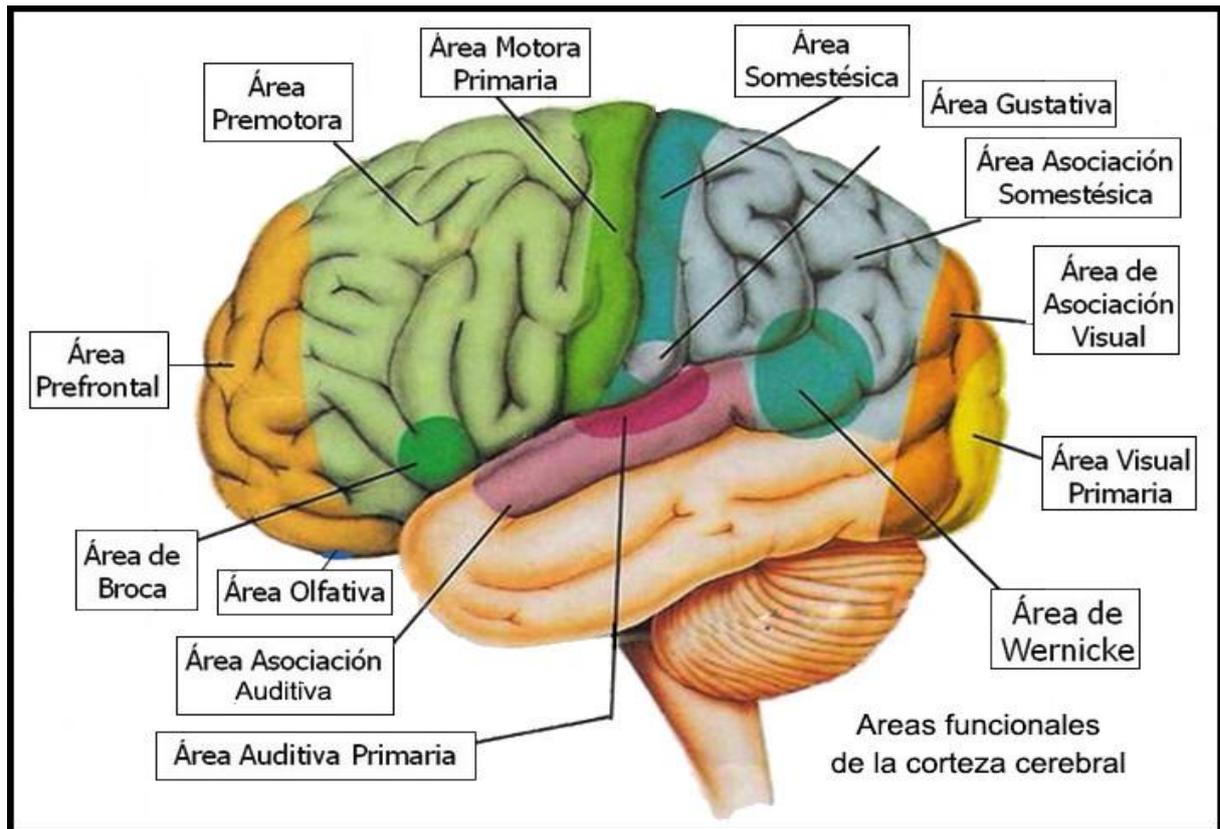


Figura 2. Regiones funcionales de la corteza cerebral

2. ¿Cómo se modula la información cortical?

Dado que el sistema neuronal se trata de una red complejísima con múltiples estímulos e interacciones, cualquier circunstancia que module estas interacciones podría potencialmente cambiar la representación cerebral del cuerpo, o la forma en que ésta funciona.

La plasticidad neuronal expresa la capacidad del cerebro para minimizar efectos de las lesiones a través de cambios estructurales y funcionales. También como mecanismo de adaptación y aprendizaje: la adquisición de nuevas habilidades motoras se acompaña de una expansión del área cortical activada, al tiempo que el ejercicio se realiza con mayor precisión (“Homúnculo y plasticidad,” n.d.).

El cerebro tiene una noción de pertenencia del propio cuerpo, sus límites corporales y a partir de ellos, de “lo exterior”. Pero hay un espacio intermedio, lo inmediatamente adyacente a nosotros – que se categoriza como la zona en donde los objetos pueden alcanzarse con las manos-, en donde las amenazas son más urgentes y la capacidad de reacción debe ser rápida. Se ha demostrado que este espacio peripersonal se caracteriza mediante información sensorial compleja (casi los 5 sentidos con

predominio visuotáctil, con información propioceptiva, térmica y táctil) integrada en el córtex premotor ventral y parietal posterior, que constantemente monitorizan la posición de los objetos en el espacio en relación con el cuerpo, y preparan movimientos de evitación por si fueran necesarios. Este esquema topográfico del espacio peripersonal está centrado en partes del cuerpo (sobre todo manos, brazos y cara) (Holmes & Spence, 2004). Factores modificadores de la respuesta neuronal podrían ser: la posición, velocidad, dirección, o la valencia que se atribuya (un objeto deseado o interesante, o sin significado emocional). En lesiones cerebrales, las informaciones visuales y táctiles pueden inhibirse o potenciarse entre sí, de forma que si la lesión cerebral es derecha, ante un estímulo bilateral la representación de la mano izquierda (correspondiente a la lesión) compite en inferioridad con la de la mano derecha; y la información visual matiza la percepción táctil: si la mano izquierda no se ve, su información se extingue, mientras que si se ve se percibe con mayor intensidad, y si la derecha no se ve, la izquierda se percibe mejor.

Lo más interesante es la plasticidad de este espacio peripersonal: igual que se fue adaptando evolutivamente al alargarse las extremidades, diversos estudios sugieren que también es capaz de modularse para incorporar imágenes del cuerpo reflejadas en espejos (Holmes & Spence, 2004), o herramientas (Maravita & Iriki, 2004). La atención demostró en un experimento aumentar selectivamente la representación de una parte del cuerpo en el córtex somatosensorial primario. Los autores sugieren sin embargo que este efecto se consigue a base de inhibir regiones adyacentes que no están recibiendo atención (Iguchi, Hoshi, Tanosaki, Taira, & Hashimoto, 2005).

El juicio y la memoria fueron modificados por sesgos en la autoimagen corporal al recordar y reaccionar frente a determinadas palabras, que eran identificadas negativamente en base a los complejos físicos, especialmente en cultura americana frente a la china (Chen & Jackson, 2005). Pero las informaciones periféricas también pueden influenciar el esquema corporal. El ejemplo más estudiado es el miembro fantasma tras amputación o desaferenciación. En estos casos se tiene la sensación de existencia, parestesia o dolor en la localización teórica del miembro cuando éste ya no está, o incluso en niños que ya nacen sin un miembro, lo que sugiere un sustrato cerebral preexistente, modificable por la experiencia sensitiva (Melzack, 1990). Tras una amputación de un miembro, se inicia una reconfiguración del homúnculo cortical, de forma que las zonas adyacentes del cuerpo toman el lugar neuronal que le correspondía a la zona no estimulada (Ramachandran, 1993).

Otro ejemplo distinto del poder de información neurológica periférica en la plasticidad lo ha descrito Schwoebel con el dolor crónico (Schwoebel, Friedman, Duda, & Coslett, 2001). En pacientes con síndromes de dolor regional complejo en una de las manos -tanto comparados con su otra mano sana, como con controles sin dolor-, aumentaron los tiempos de respuesta al identificar la postura de

una mano visualizada en una pantalla (palma arriba o abajo, y rotación), relacionados con el grado de movimiento imaginado para alinear mentalmente la mano del participante con el estímulo. Esto sugiere que el dolor periférico influye la representación cerebral, más allá de los momentos en los que se siente dolor o se realiza movimiento con la extremidad dolorosa, pero de una forma distinta que las amputaciones. En éstas, el remapeo ocurre a nivel del córtex motor y somatosensorial primario, mientras que los datos sugieren que el remapeo debido a dolor crónico tiene lugar en las regiones parietal posterior y frontal dorsolateral.

Las emociones procesan y evalúan la importancia y prioridad de los eventos sensoriales y ajustan las respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales para hacer frente a los retos. El estudio del procesamiento de las emociones –algo menos aprehensible que las funciones motoras o sensitivas– sin embargo ha ayudado a buscar estructuras implicadas fuera de la corteza y patrones de activación, sobre todo mediante estudios de neuroimagen (PET y RMN funcional) (Luan Phan, Wager, Taylor, & Liberzon, 2002). Aunque no hay estructuras que se activen en general, el córtex medial prefrontal parece tener un papel común e inespecífico en tareas comunes del procesamiento emocional. Esta estructura se relacionaría estrechamente con el córtex cingulado anterior, regulando las tareas que implican una demanda cognitiva, y en los procesos de recordar o imaginar recuerdos con carga emocional.

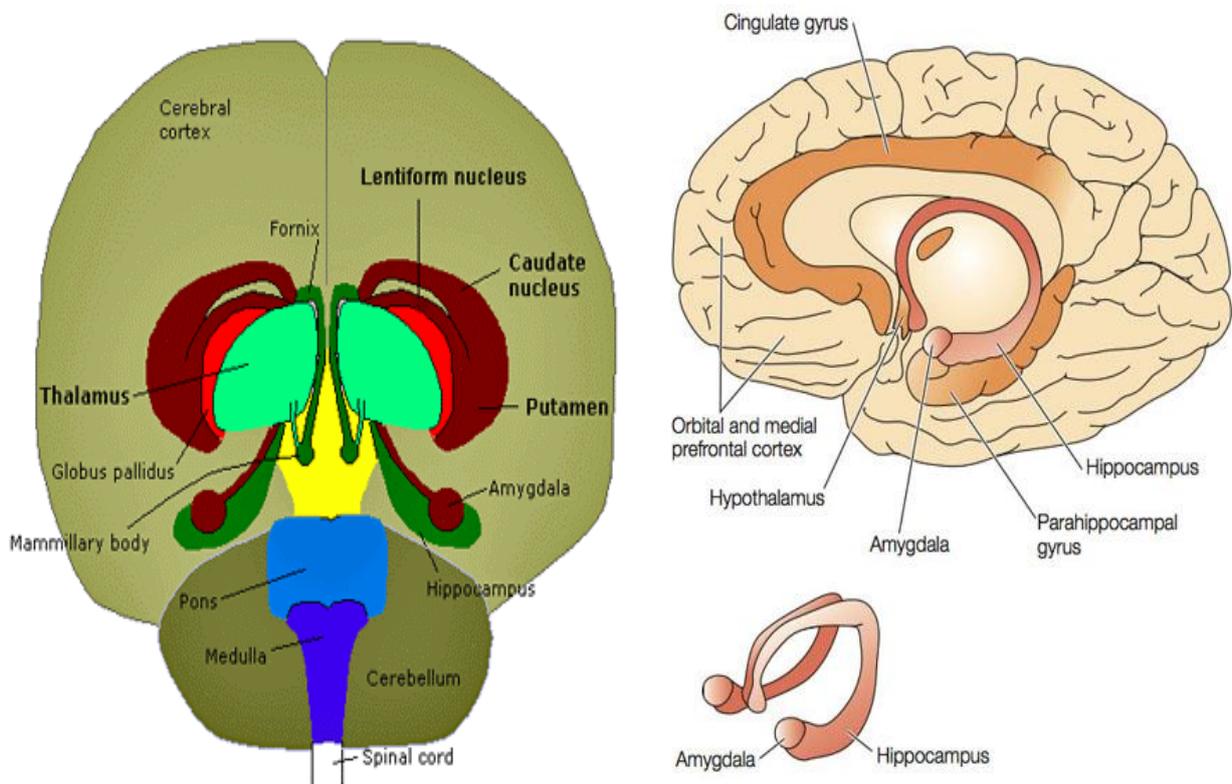


Figura 3. Estructuras cerebrales subcorticales

Cuando hablamos sólo de emociones generadas internamente -su recuerdo, expresión o evaluación- se halla una importante implicación de la ínsula junto a las anteriores, por lo que se ha propuesto su papel como procesadora de toda la información convergente para producir un contexto emocionalmente relevante para la experiencia sensorial, coordinadora de la representación corporal de estas emociones (visceral y autonómica), y filogenéticamente como “centro de alarma” de peligros intrínsecos o cambios en la homeostasis.

En cuanto a emociones específicas, se sabe que hay una fuerte asociación del miedo con la amígdala, que participa en su detección, generación y mantenimiento, y también parece tener un papel importante en la detección de amenazas o peligros y en la coordinación de respuestas ante ellos, con una intensidad de activación directamente proporcional a la intensidad del miedo. También apoyan este papel prevalente en la detección de amenazas sus ricas conexiones con el córtex visual occipital, que constituye el sentido fundamental para evaluar el entorno en humanos, y su escasa activación en las emociones recordadas. Otros estudios demuestran activación de la amígdala frente a estímulos neutros o positivos, por lo que se postula que responde a estímulos importantes independientemente de su valencia. En estos casos de situaciones con gran carga emotiva, se cree que el córtex prefrontal realiza la regulación cognitiva de la amígdala, ya que cuando se lesiona se han observado emociones inapropiadas y dificultad para tomar decisiones importantes.

La tristeza produce una activación del córtex cingulado subcaloso, sobre todo cuando está generada internamente; esta hiperactividad contrasta con pacientes con depresión clínica, en los que existe una hipofunción que podría ser compensatoria en sujetos susceptibles, y se revierte con tratamiento antidepressivo. Los ganglios basales se han relacionado con las emociones positivas, como la alegría, los circuitos de recompensa y el placer. Irónicamente, también el asco –sobre todo las expresiones faciales de asco- parecen activar los ganglios basales; se ha teorizado, debido a las funciones motoras que también posee esta zona, que podrían servir para coordinar respuestas a estímulos placenteros o desagradables.

3. Topografías de emoción y empatía

La empatía podría definirse como la representación mental de la experiencia de otros (procesos mentales, sentimientos) en nosotros mismos. Desde su descubrimiento casual en primates, se cree que hay una estructura muy relacionada con la empatía, llamada neuronas espejo: se encuentran en la región frontal inferior, córtex premotor y parietal inferior, y su particularidad es que activan las representaciones motoras/somatosensoriales de una acción tanto al realizarla el sujeto como al ver a otros haciéndola.

Por tanto, si nosotros queremos coger un objeto, en técnicas de imagen funcional veríamos activarse las regiones encargadas de la motricidad de brazo y mano. Pero si vemos a alguien realizar una acción, activamos en nuestro córtex motor las mismas zonas que serían necesarias para realizarla nosotros mismos, generando una “resonancia” motora y estimulando mecanismos de aprendizaje por imitación. La mera percepción de un comportamiento motor aumenta la probabilidad de reproducirlo, como ocurre con el “efecto camaleón” (Chartrand & Bargh, 1999), por el que se imitan inconscientemente comportamientos motores de extraños, y esto a su vez facilita las relaciones sociales e interpersonales, siendo este efecto mayor en personas más predispuestas a la empatía. Pero múltiples estudios posteriores indican que también se activan con emociones, generando respuestas empáticas. Es decir, nos ayudan a comprender estados mentales mediante la simulación, o lo que es lo mismo, comprender el comportamiento de los otros mapeándolo en nuestra propia corteza.

Neurobiológicamente a menudo se distingue entre dos tipos de empatía que implican distintas estructuras. Por un lado una respuesta más cognitiva (adivinar los pensamientos o sentimientos del otro, que en el desarrollo está unida a la mentalización); por otro una más emocional, subjetiva y automática e incluso inconsciente (llorar cuando otros lloran; sentir discomfort -no necesariamente dolor- con el dolor de otros; incluso la simpatía, que implica la integración de la información emocional percibida desde una representación global, y desencadenamiento de comportamientos prosociales y de ayuda al otro) y que se acercaría más al concepto kunderiano de compasión (Kundera, 2001).

Todos los idiomas derivados del latín forman la palabra ‘compasión’ con el prefijo ‘com’ y la palabra ‘passio’ que significaba originalmente ‘padecimiento’. (...) significa: no podemos mirar impertérritos el sufrimiento del otro, o: participamos de los sentimientos de aquel que sufre. En otra palabra, la francesa *pitié* (en la inglesa *pity*, en la italiana *pietà*, etc.) se nota incluso cierta indulgencia hacia aquel que sufre. (...)

En los idiomas que no forman la palabra ‘compasión’ a través de la raíz del ‘padecimiento’, sino del sustantivo ‘sentimiento’, estas palabras se utilizan aproximadamente en el mismo sentido; sin embargo, es imposible afirmar que se refieren a un sentimiento secundario, malo. El secreto poder de su etimología ilumina la palabra con otra luz y le da un significado más amplio: tener compasión significa saber vivir con el otro su desgracia, pero también sentir con él cualquier otro sentimiento: alegría, angustia, felicidad, dolor... Esta compasión significa también la máxima capacidad de imaginación sensible, el arte de la telepatía sensible; es en la jerarquía de los sentimientos el sentimiento más elevado.

En la empatía emocional se observa lateralización al hemisferio derecho de los efectos, y se activan el sistema de neuronas espejo (frontal inferior y parietal inferior), las áreas corticales encargadas de la percepción de caras (giro fusiforme) y cuerpos (corteza extraestriada o de asociación visual), la corteza premotora, que se cree que controla el comportamiento físico, y regiones implicadas en procesamiento de emociones, como el tálamo, la región límbica y la ínsula que podría participar en la transformación de información emocional observada en información experiencial.

En la empatía cognitiva, además se implican áreas del córtex prefrontal encargadas del procesamiento semántico y de la mentalización (capacidad de atribuir estados mentales –creencias, intenciones, deseos, conocimientos- a uno mismo y a los otros, infiriéndolos a través del comportamiento y de las ideas propias).

Distintos estudios (Nummenmaa, Hirvonen, Parkkola, & Hietanen, 2008) indican que respecto a la cognitiva, la empatía emocional activa más intensamente los sistemas encargados del procesamiento emocional (generando por tanto representaciones más intensas de los estados mentales de otros), de la percepción de expresiones faciales y corporales (generando representaciones motoras más finas del lenguaje corporal de otros), y de la comprensión y simulación de las acciones de los otros (mejorando la perspectiva y produciendo representaciones más holísticas). La empatía cognitiva, a cambio, está más supeditada a la mentalización. Es decir, que el estado emocional del sujeto observado influencia el proceso de mapeo y la empatía en el observador es más efectiva que cuando se presencia una situación neutra.

Esta teoría de la función emocional de las neuronas espejo ha sido incluso aplicada al campo de la neuroestética, proponiendo que las respuestas empáticas a obras de arte dependen de la activación de corporeizaciones no cognitivas por mecanismos de espejo. O como se introduce en (Freedberg & Gallese, 2007), “la pintura conmovió el alma del observador cuando la gente pintada en ella muestra claramente el movimiento de su propia alma”. Esto ocurriría con las obras de arte pero también con objetos cotidianos, desde herramientas a frutas, pasando por órganos sexuales. Pero esta línea de investigación deja aún muchas incógnitas, como el arte abstracto, o la música.

También las emociones parecen tener topografías corporales: una investigación reciente (Nummenmaa, Glerean, Hari, & Hietanen, 2014) muestra resultados que sugieren que las emociones conscientes se asocian con sensaciones corporales universales, diferenciadas topográficamente. Los investigadores seleccionaron para ello seis emociones “básicas”: enfado, miedo, asco, alegría, tristeza y sorpresa, y un estado neutral, además de siete complejas o “no básicas”: ansiedad, amor, depresión, desdén, orgullo, vergüenza y envidia. Los participantes debían dibujar en una silueta humana dónde

sentían enlentecimiento o aceleración de la actividad somatovisceral en relación a las emociones propuestas, y los investigadores trasladaban la información a un código de colores (rojo = activación; azul = desactivación)

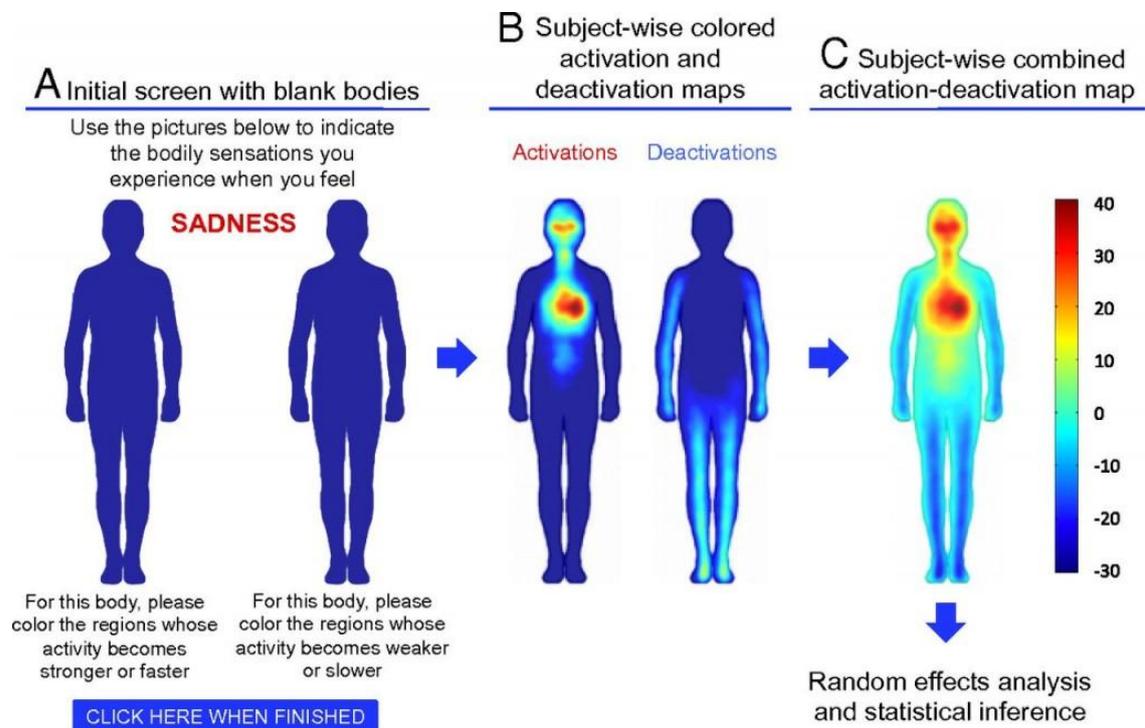


Figura 4. Programa informático para colorear activación y desactivación en código cromático según las emociones propuestas

A. Pantalla inicial con cuerpos “en blanco”. Las instrucciones dicen “usa los dibujos de abajo para indicar las sensaciones corporales que notas cuando sientes TRISTEZA.” En el primero, “para este cuerpo, colorea las regiones cuya actividad se vuelve más fuerte o más rápida”. En el segundo “para este cuerpo, colorea las regiones cuya actividad se vuelve más débil o lenta”. B. Mapas de activación (a la izquierda) e inactivación (a la derecha) coloreados por el sujeto. C. Mapa combinado de activación e inactivación coloreadas por el sujeto.

Las emociones inicialmente se nombraban con palabras, pero para eliminar factores de confusión por estereotipos lingüísticos y culturales se realizaron controles con idiomas de distinta raíz (sueco y finés), y con participantes de culturas distintas (suecos y finlandeses con taiwaneses). Además de nombrar las emociones se probó también a inducir las, mediante historias y películas, siendo los resultados consistentes a pesar de los controles y mayores de lo esperado por azar. A la inversa, un grupo de personas fue capaz de atribuir emociones básicas a los mapas somatoviscerales realizados por el grupo inicial.

En un último experimento, se mostró a los participantes rostros de otras personas expresando las emociones, y se les pidió que pintaran las sensaciones corporales atribuidas a los sujetos que se mostraban. Estos resultados también fueron comparables, lo que enlaza con las conclusiones sobre la empatía y el sistema espejo.

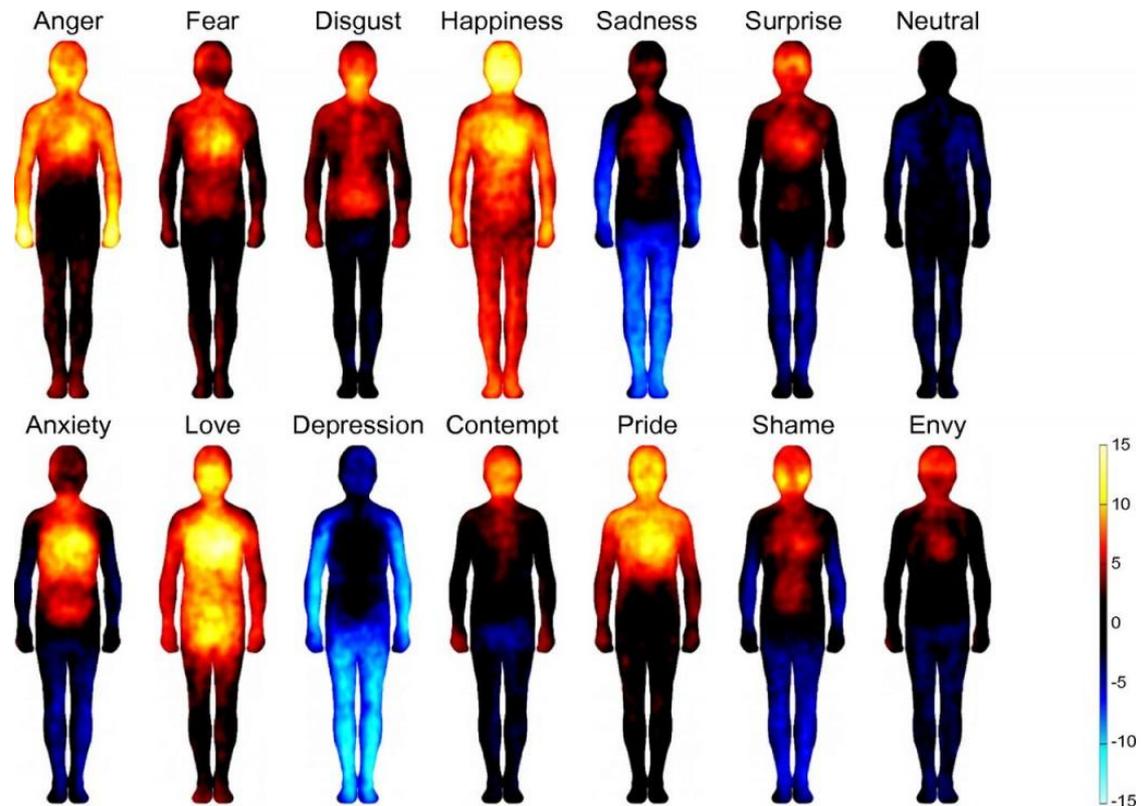


Figura 5. Resultados informatizados de los mapas corporales de las emociones propuestas

De izquierda a derecha y de arriba abajo: ira, miedo, asco, felicidad, tristeza, sorpresa, neutra, ansiedad, amor, depresión, contento, orgullo, vergüenza, envidia.

Los resultados de este trabajo revelan que hay una asociación coherente entre los modelos de sensaciones corporales y las emociones. Estos modelos de sensaciones se corresponden bien con los principales cambios en las funciones fisiológicas asociadas con las diferentes emociones: en el área del pecho, cambios en la frecuencia cardíaca y respiratoria; en la cabeza, cambios faciales (músculos faciales, glándulas lacrimales) y también mentales; las extremidades superiores fueron más acentuadas en emociones relacionadas con la proximidad del otro: ira y felicidad, mientras que disminuían su actividad en la tristeza; la zona digestiva y la garganta se resaltaron sobre todo en el asco (y aquí es reseñable la metáfora que nombra la emoción, sobre todo en inglés *-disgust-* y otras emociones muy

topográficas como los disgustos y los sinsabores); En contraste con todas las demás, la alegría provocaba sensaciones en todo el cuerpo. Comparadas con las emociones básicas, las complejas generaron un nivel de sensaciones corporales muy inferior y menor diferenciación espacial entre ellas, con la excepción de las prolongaciones clínicas del miedo y la tristeza, que son la ansiedad y la depresión. De este estudio se pueden apuntar varias conclusiones:

- Los sistemas emocionales modulan el cardiovascular, musculoesquelético, neuroendocrino y nervioso autónomo, y aunque por ahora es difícil definir cambios fisiológicos específicos, sí parece haber “redes de sensaciones” despertadas en sistemas fisiológicos múltiples e interrelacionados.
- La conclusión más feliz e integradora es que incluso en el seno de estudios muy orientados a lo neurobiológico –intentando controlarla como factor de confusión- se reconoce la enorme importancia moduladora del entorno cultural, los estereotipos lingüísticos y las inferencias cognitivas.

4. La emoción, el huevo y la gallina

La mayoría de las investigaciones referidas responden al paradigma de que las emociones y sus espejos tienen funciones evolutivas y adaptativas universales, se localizan en las regiones subcorticales del cerebro y se manifiestan mediante distintos patrones de reacciones fisiológicas, así como con expresiones faciales características. Por ejemplo, el asco es una reacción refleja del cuerpo a olores o sabores repulsivos, con manifestaciones visceromotoras, establecida evolutivamente para evitar el envenenamiento. Este modelo “neurocultural”, sobre todo promovido por Ekman, propone explicar así las manifestaciones comunes de gestos y caras y sus variaciones, determinados por la socialización y el aprendizaje.

Otros estudios como el de (Wicker et al., 2003) se han basado en esta aceptación de la separación entre lo emocional y lo cognitivo, y lo “automático” de lo emocional, para estudiar reacciones a rostros emitidos por actores expresando asco. La premisa en éste y otros estudios de que los rostros y los cuerpos son “lecturas” involuntarias de la verdad de una lista de emociones básicas (o complejas que son mezclas de ellas) se ha criticado (Leys, 2012) argumentando, entre otras cosas, que como elemento de la comunicación, lo kinésico y paralingüístico debería controlarse y modelarse en la filogenia para beneficio evolutivo del individuo, habiendo un equilibrio dinámico entre el componente “explotativo” y el cooperativo en cualquier sistema. Y también que muchas de las expresiones consideradas “primarias” han evolucionado culturalmente a significados más complejos (por ejemplo sacar la lengua, no por asco, sino como signo de burla o desafío), implicando una intencionalidad y una direccionalidad, y contextualizando la expresión en una interacción.

En otro estudio (Nummenmaa et al., 2008), la diferencia entre empatía cognitiva y emocional se materializa exponiendo a los sujetos a imágenes neutras y aversivas (escenas de amenaza con víctima y agresor); pero al evaluar no sólo sus respuestas cerebrales por neuroimagen sino también su experiencia subjetiva mediante un cuestionario (cerrado a seis emociones básicas) la reacción emocional fue mayor en las escenas aversivas que en las neutras, pero no necesariamente reflejaba el sentimiento esperado, ni el que cada sujeto atribuía a los actores. Por tanto, no se debería asumir la reproducción de la misma emoción mostrada sistemáticamente, y sí sería interesante integrar la subjetividad en la evaluación de los estímulos cerebrales secundarios a emociones.

También (Carr, Iacoboni, Dubeau, Mazziotta, & Lenzi, 2003) se mostró que se activaban circuitos cerebrales similares, incluyendo la ínsula, tanto cuando los participantes observaban pasivamente expresiones reflejando las emociones básicas, como cuando se les pedía a ellos mismos que fingieran esas expresiones. Este hallazgo aparentemente pone en duda el de Wicker, que afirma que la ínsula se activa sólo en las emociones reales, y en general la atribución de realidad a las emociones inducidas durante los experimentos y su validez (dado que este último utiliza actores para poner expresiones de asco que en realidad no sienten, pero se cuentan como emociones percibidas y empatizadas por los participantes las que se escenifican, no las que sienten en realidad).

A propósito también de las asunciones en algunos estudios experimentales, Fridlund hablaba del “efecto del público” -no sólo presente sino supuesto, cuya influencia ya apuntó Bentham con su panóptico- y de la dimensión dramática y teatral de las expectativas del laboratorio no concebido como un espacio social, en el que el experimentador actúa como director, y el sujeto adopta el rol de actor, postulando que “son el rol y el contexto social los que determinan la emoción, no las expresiones faciales por sí mismas”. (Fridlund, 1991)

Muchas dudas, pues, de la validez externa de los contextos y emociones inducidas en entornos experimentales controlados. Por tanto de la confrontación entre ambas corrientes emergen sobre todo dos objeciones:

¿Es otra dicotomía asumida la separación entre lo emocional y lo cognitivo? Se simplifica hasta obviar lo social, lo transaccional y lo subjetivo, pero ¿son las limitaciones sólo técnicas?

Este planteamiento contrasta con otras teorías como la de la valoración, que propone una interrelación entre aspectos cognitivos (percepción de las circunstancias, valoraciones personales) y las emociones como parte de un todo adaptativo. (Ellsworth & Scherer, 2003)

Esta teoría sostiene que los seres vivos evalúan constantemente los cambios en el ambiente en relación bien a las implicaciones para su bienestar (primarias) o bien a su propia capacidad para afrontar la situación (secundarias), y estas evaluaciones (appraisals en el original) dan como resultado tendencias de acción, que se experimentan como emociones. Pero la experiencia de emoción es un proceso continuo, en el que la propia reacción al evento se integra en él, reevaluándose y reaccionando en una permeabilidad constante, de forma que las emociones pueden sesgar valoraciones posteriores (por ejemplo una persona enfadada es más probable que evalúe otros estímulos como amenazas o desestabilizadores). Muchos teóricos proponen las valoraciones como “componentes” del proceso de emoción, junto con las reacciones sensorimotoras y autonómicas que éstas generan. Esta concepción contribuye más aún a disolver las fronteras y dicotomías entre lo cognitivo y lo emotivo e incluso la propia categorización de las emociones como entidades separadas, y permite la emocionalidad, aún sin etiquetas ni emociones definidas, desde el inicio del proceso.

Las valoraciones explican, debido a la gran variabilidad de interpretaciones del ambiente, la variedad de emociones resultantes. Por una parte, la complejidad de la reacción emocional depende de la sofisticación cognitiva del organismo, que será mayor según el grado de maduración filogenética y ontogenética. Por otra, las diferencias culturales influirían en la construcción de valoraciones, pero se cree que la relación entre valoración y emoción sí se mantendría constante. Incluso las interindividuales o intraindividuales corresponderían a diferentes moduladores de la valoración o distintos contextos, o disfunciones en la valoración en el caso de trastornos emocionales.

A pesar de esta variabilidad, múltiples autores han intentado definir las valoraciones fundamentales y aunque no hay completo acuerdo, sí parecen converger en algunas más prevalentes: novedad, placer intrínseco, certeza o predictibilidad, la combinación de necesidades-objetivos, poder y capacidad de afrontamiento, y por último algunas valoraciones que integran la dimensión social como la identidad-agencialidad, normas, valores, justicia y compatibilidad con estándares internos y externos.

Se postula desde este punto de vista que si somos capaces de conocer las valoraciones realizadas por el sujeto seríamos capaces de predecir las emociones. Sin embargo, en la práctica experimental no se ha conseguido definir una metodología capaz de evitar sesgos: en la mayoría de investigaciones se intentan recoger las evaluaciones personales a posteriori mediante autorregistros, con la dificultad de que las evaluaciones a menudo son inconscientes y automáticas y al pedir una definición consciente se genera un factor de confusión con hipótesis, estereotipos socioculturales e influencia del observador. La alternativa de mediciones no verbales (expresiones faciales, vocales,

respuestas fisiológicas) sólo se puede unir con cierta validez a valoraciones básicas, pero no a las más complejas o sociales.

Otra cuestión sería: ¿Tiene cada emoción o función un sustrato cerebral específico? Afirmarlo implica asumir cierta “modularidad” de las funciones cerebrales, y nos conduce al viejo dilema del localizacionalismo contra el funcionalismo.

La neuropsicología sabe muy pocas cosas con certeza: en cuanto a lo puramente anatómico, casi toda la información se ha recogido en negativo, es decir, registrando los síntomas que da una zona cuando se lesiona (el área de Broca y la afasia), y posteriormente mediante estimulación eléctrica de regiones cerebrales específicas, correlacionando el efecto con la función. Pero poco sabemos sobre el funcionamiento integrado de las estructuras cerebrales.

Luria es uno de los pioneros en la comprensión del cerebro como un todo funcional, y en el abordaje de los mecanismos y procesos intelectuales a partir de los sujetos en sí mismos y en su contexto específico. (Coelho Rebelo Maia, Fernandes Da Silva, Ribeiro Correia, & et al, 2006). El modelo neuropsicológico de Luria estudia la organización cerebral sobre procesos psíquicos humanos, más que buscar una localización directa de los procesos psíquicos en la corteza cerebral. Concibe al cerebro como una unidad funcional, por lo que expone que el estudio del cerebro no se puede reducir meramente a estudiar los elementos del mismo, sino que hay que distinguir unidades funcionales: la primera constituida por el sistema reticular ascendente y sistema límbico, controlando la activación, el sueño-vigilia, funciones homeostáticas, e interviniendo en el funcionamiento emocional –miedo, ansiedad...- y cognitivo –memoria, atención, procesamiento de estímulos...-; la segunda comprende los lóbulos occipitales, parietales y temporales e implica sensación y percepción; la tercera está relacionada con los lóbulos frontales y su función principal sería el mantenimiento del control ejecutivo de los procesos intelectuales.

El modelo expuesto al principio, de una representación del cuerpo en una región cerebral concreta, está cuestionado por múltiples estudios que tiran de él en todas direcciones, deviniendo más bien en un “esquema corporal”, o un mapa cerebral constituido por una red de centros corticales y subcorticales que interactúan entre sí, y que se modulan y actualizan en tiempo real mediante información somatosensitiva y sensorial. Y esto reafirma la intuición de Luria: no es tan importante la topografía sino la relación entre los elementos y la modulación emocional personal que se hace de ellos.

¿QUÉ NOS DICEN LAS TOPOGRAFÍAS QUE NO HABLAN NUESTRO IDIOMA?

*Si busco en los mapas que nos dieron al llegar
me pierdo en las rectas sin trazar.*

Vetusta Morla.

Es evidente que no tenemos el cuadro completo: podríamos decir que a pesar de que tenemos los lugares cerebrales, y podemos observarlos y categorizarlos, hay todavía un gran desconocimiento de las conexiones entre ellos, y eso dificulta nuestra visión de conjunto y nos impide ver el mapa.

Se puede leer en escritos tradicionales (Nominé, 2010):

En la antigüedad griega, los sofistas, medían la eficacia de un discurso con sus efectos, y por eso hablaban del discurso en términos de *pharmakon*. Al principio, el *pharmakon* era un pobre o un villano maldito, elegido dentro de la población, criado y reservado para ser sacrificado a los dioses en caso de catástrofe: calamidad natural, epidemia, carestía. Llevaban entonces al *pharmakon* en una carreta por la ciudad, cada uno lo podía cargar los males del mundo. Así el *pharmakon* condensaba en sí-mismo el mal que sacrificar a los dioses para salvar a la ciudad. Es interesante ver que al principio, el *pharmakon* era una suerte de moneda de cambio (...) para curar los cuerpos de los demás. (...). El *pharmakon* es claramente un producto del lenguaje; se trata de representar, de nombrar el mal y curarse eliminándolo.

Precisamente basándose en la topografía la medicina se apoya en ocasiones en medicamentos o acciones que actúan en lo real del cuerpo pero no trabajan el efecto curativo del discurso, y no son enteramente capaces de “nombrar el mal”.

Por eso, para crear un lenguaje común que nos permita navegar por el mar de la incertidumbre (Gervas & Pérez Fernández, 2005), y acompañar al paciente en este viaje, no debemos sólo estudiar la fisiología, la patología o la psicología, sino reconstruir nuestra mirada alrededor de la persona, en lugar de alrededor de su síntoma.

AGRADECIMIENTOS

A Jose Luis Marín, que en el Curso de Experto de Medicina Psicosomática y el de Psicoterapia Breve, ha extendido un mapa sobre la mesa del que aprender claves, caminos y guías para cuidar y ayudar a entender a los pacientes y a los propios terapeutas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemaný Anchel, M. J., & Velasco Laiseca, J. (2008). Género, imagen y representación del cuerpo. *Index de Enfermería*, 17(1), 39–43. doi:10.4321/S1132-12962008000100009
- Anzieu, D. (2010). *El yo-piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Barberá, E., & Martínez Benlloch, I. (2004). *Psicología y Género*. Madrid: Pearson - Prentice Hall.
- Berger, J. (1972). *Modos de ver*. Ed. Gustavo Gili. Disponible en: <http://bit.ly/1xZvad2>
- Burin, M. (1990). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Paidós.
- Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M.-C., Mazziotta, J. C., & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100(9), 5497–502. doi:10.1073/pnas.0935845100
- Chartrand, T. L., & Bargh, J. A. (1999). The chameleon effect: The perception–behavior link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(6), 893–910. Disponible en: http://www.yale.edu/acmelab/articles/chartrand_bargh_1999.pdf
- Chen, H., & Jackson, T. (2005). Are cognitive biases associated with body image concerns similar between cultures? *Body Image*, 2(2), 177–86. doi:10.1016/j.bodyim.2005.03.005
- Coelho Rebelo Maia, L. A., Fernandes Da Silva, C., Ribeiro Correia, C., & et al. (2006). El modelo de Alexander Romanovich Luria (revisitado) y su aplicación a la evaluación neuropsicológica. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología E Educación*, 13(11-12), 155–94. Disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/7027/1/RGP_13-9.pdf
- Ellsworth, P. C., & Scherer, K. R. (2003). Appraisal processes in emotion. In R. Davidson (Ed.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 572–95). Oxford: Oxford Univ. Press. Disponible en: <http://people.ict.usc.edu/~gratch/CSCI534/EllsworthScherer03.PDF>
- Freedberg, D., & Gallese, V. (2007). Motion, emotion and empathy in esthetic experience. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(5), 197–203. Disponible en: http://www.italianacademy.columbia.edu/art_and_neuro/paper_sp07_FreedbergGallese.pdf
- Fridlund, A. J. (1991). Sociality of solitary smiling: Potentiation by an implicit audience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(2), 229–240. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1991-18314-001>
- Gallego, J. (2014, May 7). *Carne Cruda - Plantarle cara al cancer*. [Audio podcast] Disponible en: http://www.cadenaser.com/sociedad/audios/carne-cruda-2014-plantarle-cara-cancer/csrsrpor/20140507csrsrsoc_18/Aes/
- Gervas, J., & Pérez Fernández, M. (2005). Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Atención Primaria*, 35(02). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/aventuras-desventuras-los-navegantes-solitarios-mar-incertidumbre-13071916-reflexiones-medicina-familia-2005>

- Holmes, N. P., & Spence, C. (2004). The body schema and the multisensory representation(s) of peripersonal space. *Cognitive Processing*, 5(2), 94–105. doi:10.1007/s10339-004-0013-3
- Homúnculo y plasticidad. (n.d.). Universidad de Granada. Disponible en: http://www.ugr.es/~setchift/docs/cualia/homunculo_plasticidad.pdf
- Iguchi, Y., Hoshi, Y., Tanosaki, M., Taira, M., & Hashimoto, I. (2005). Attention induces reciprocal activity in the human somatosensory cortex enhancing relevant- and suppressing irrelevant inputs from fingers. *Clinical Neurophysiology: Official Journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 116(5), 1077–87. doi:10.1016/j.clinph.2004.12.005
- Kundera, M. (2001). *La Insoportable Levedad del Ser* (27ª ed.). Barcelona: Tusquets.
- Kureishi, H. (2002). *El Cuerpo*. Barcelona: Anagrama.
- Lagarde, M. (1998). *Identidad Genérica y Feminismo*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Le Breton, A. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Leys, R. (2012). “Both of Us Disgusted in My Insula”: Mirror Neuron Theory and Emotional Empathy. *Nonsite.org*. Disponible en: <http://nonsite.org/article/“both-of-us-disgusted-in-my-insula”-mirror-neuron-theory-and-emotional-empathy>
- Luan Phan, K., Wager, T., Taylor, S. F., & Liberzon, I. (2002). Functional Neuroanatomy of Emotion: A Meta-Analysis of Emotion Activation Studies in PET and fMRI. *Neuroimage*, 16, 331–48. Disponible en: http://wagerlab.colorado.edu/files/papers/Phan_2002_NeuroImage.pdf
- Maravita, A., & Iriki, A. (2004). Tools for the body (schema). *Trends in Cognitive Sciences*, 8(2), 79–86. Disponible en: http://lnc.epfl.ch/webdav/site/lnc/users/175936/public/Maravita_Iriki_TICS2004.pdf
- Martinez Benlloch, I. (n.d.). Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf
- Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends in Neurosciences*, 13(3), 88–92. doi:10.1016/0166-2236(90)90179-E
- Nominé, B. (2010). El cuerpo y sus medicaciones. Disponible en: <http://www.champlacanien.net/public/docu/3/heterite8.pdf>
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., & Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(2), 646–51. doi:10.1073/pnas.1321664111
- Nummenmaa, L., Hirvonen, J., Parkkola, R., & Hietanen, H. K. (2008). Is emotional contagion special? An fMRI study on neural systems for affective and cognitive empathy. *Neuroimage*, 43, 571–80. Disponible en: <file:///C:/Users/clara/Downloads/1-s2.0-S1053811908009294-main.pdf>

- Pastor Carballo, R., & Bonilla Campos, A. (2000). Identidades y Cuerpo: el Efecto de las Normas Genéricas. *Papeles Del Psicólogo*, (75). Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=818>
- Ramachandran, V. S. (1993). Behavioral and magnetoencephalographic correlates of plasticity in the adult human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 90(22), 10413–20. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=47787&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Rubén, J. (2001). Somatotopic Organization of Human Secondary Somatosensory Cortex. *Cerebral Cortex*, 11(5), 463–473. doi:10.1093/cercor/11.5.463
- Schwobel, J., Friedman, R., Duda, N., & Coslett, H. B. (2001). Pain and the body schema: evidence for peripheral effects on mental representations of movement. *Brain: A Journal of Neurology*, 124(Pt 10), 2098–104. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11571225>
- Torres-Oquendo, F., & Toro-Alfonso, J. (2012). Las representaciones corporales: una propuesta de estudio desde una perspectiva compleja. *Eureka*, 9(1), 88–97. Disponible en: <http://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-9-1-12-16.pdf>
- Tudor Hart, J. (1971). The inverse care law. *Lancet*, 405–12. Disponible en: <http://www.juliantudorhart.org/papers/Paper11.pdf>
- Valencia, M. M. (2010). Funciones psíquicas de las marcas corporales. *Affectio Societatis*, 7(12). Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/viewFile/6315/6517>
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J.-P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of Us Disgusted in My Insula: The Common Neural Basis of Seeing and Feeling Disgust. *Neuron*, 40(3), 655–664. doi:10.1016/S0896-6273(03)00679-2