

**Siri Hustvedt**

La mujer temblorosa

o la historia de mis nervios





Seix Barral Los Tres Mundos

---

# Siri Hustvedt

## La mujer temblorosa

o la historia de mis nervios

Traducción del inglés por  
Cecilia Ceriani

---

Título original: *The Shaking Woman or A History of My Nerves*

© Siri Hustvedt, 2009

© por la traducción, Cecilia Ceriani, 2010, cedida por Editorial Anagrama

© Editorial Planeta, S. A., 2020

Seix Barral, un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

Avda. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)

[www.seix-barral.es](http://www.seix-barral.es)

[www.planetadelibros.com](http://www.planetadelibros.com)

Primera edición: Septiembre de 2020

ISBN: 978-84-322-3679-2

Depósito legal: B. 8.234-2020

Composición: Realización Planeta

Impresión y encuadernación: CPI (Barcelona)

*Printed in Spain* - Impreso en España

El papel utilizado para la impresión de este libro está calificado como **papel ecológico** y procede de bosques gestionados de manera **sostenible**.

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

---

Cuando murió mi padre yo me encontraba en mi casa de Brooklyn, pero apenas unos días antes había estado con él, sentada junto a su cama en la residencia de ancianos de Northfield, en Minnesota. Estaba físicamente débil aunque mentalmente lúcido y estuvimos hablando e incluso riéndonos, si bien no recuerdo el contenido de nuestra última conversación. Lo que sí recuerdo con toda claridad es la habitación donde pasó los últimos días de su vida. Mis tres hermanas, mi madre y yo habíamos colgado algunos cuadros en las paredes y habíamos llevado una colcha color verde pálido para contrarrestar la austeridad de aquel lugar. Pusimos un jarrón con flores en el alféizar de la ventana. Mi padre tenía enfisema y sabíamos que no le quedaba mucho tiempo de vida. Mi hermana Liv, que vive en Minnesota, fue la única hija que estuvo a su lado cuando murió. Había sufrido un segundo colapso pulmonar y el médico opinó que no resistiría otra intervención quirúrgica. Mientras papá aún estaba consciente, aunque ya no podía hablar, mi madre nos llamó una por una a las tres hijas que vivíamos en Nueva York para que le dijésemos algo por teléfono. Recuerdo perfectamente que me detuve un instante a pensar qué debía decirle. Se me ocurrió la peregrina idea de que no podía decir ninguna trivialidad en un momento así, de que debía elegir

---

cada palabra con cuidado. Quería que fuera algo memorable, lo cual era absurdo puesto que muy pronto la memoria de mi padre se apagaría para siempre junto al resto de su ser. Al final, cuando mi madre le acercó el auricular, las únicas palabras que logré articular fueron: «Te quiero mucho». Luego mi madre me contaría que él había sonreído al oír mi voz.

Esa misma noche soñé que estaba con mi padre y que él extendía sus brazos hacia mí. Yo me inclinaba para que me abrazara, pero antes de que pudiera hacerlo me desperté. A la mañana siguiente me llamó mi hermana Liv para decirme que nuestro padre había muerto. Nada más colgar el teléfono, me levanté de la silla donde estaba, subí las escaleras hacia mi estudio y me senté a escribir su panegírico. Mi padre me había pedido que lo hiciera. Varias semanas antes, estando sentada junto a él en la residencia de ancianos, me había mencionado que quería que tuviera en cuenta «tres consideraciones». No dijo: «Quiero que las incluyas en el texto que escribas para mi funeral». No era necesario. Se daba por supuesto. Cuando llegó el momento, no lloré. Escribí. En el funeral leí mi texto con voz firme, sin derramar una lágrima.

Dos años y medio después, volví a hablar de mi padre en público. Fue en mi ciudad natal, allá en Minnesota, bajo un cielo azul de mayo en el campus de la Universidad St. Olaf, justo detrás del antiguo edificio donde se encontraba el departamento de filología noruega donde él había sido profesor durante casi cuarenta años. Como homenaje, el departamento había plantado un abeto con una pequeña placa a sus pies que decía: LLOYD HUSTVEDT (1922-2004). Mientras redactaba aquel segundo texto,

---

tuve la clara sensación de estar oyendo la voz de mi padre, quien solía escribir unos discursos excelentes y muy divertidos. Así que intenté reflejar ese humor tan suyo en algunas de mis frases. Incluso llegué a escribir: «Si mi padre estuviera hoy aquí, habría dicho...». Segura de mí misma y provista de fichas llenas de anotaciones, miré al público, compuesto por unos cincuenta amigos y colegas suyos que se habían reunido alrededor del abeto noruego conmemorativo, lancé mi primera frase y, a continuación, empecé a temblar descontroladamente de la cabeza a los pies. Mis brazos se agitaban de forma desmedida. Mis rodillas chocaban una contra otra. Temblaba como si fuera presa de un ataque epiléptico. Lo increíble era que no me afectaba la voz en absoluto. Hablaba como si siguiera impertérrita. Estupefacta ante lo que me estaba sucediendo y aterrada ante la posibilidad de caer redonda en cualquier momento, logré mantener la calma y terminar el discurso, a pesar de que las notas que sostenía entre las manos se desperdigaran sin orden ni concierto delante de mí. El temblor cesó en cuanto dejé de hablar. Me miré las piernas. Las tenía totalmente rojas, casi moradas.

Mi madre y mis hermanas estaban asustadas ante aquella misteriosa transformación que se había operado en mi cuerpo. Me habían oído hablar en público muchas veces, alguna de ellas frente a cientos de personas. Liv me dijo que sintió ganas de correr hacia mí y abrazarme para que dejara de temblar. Mi madre comentó que parecía que me estaban electrocutando. Era como si una fuerza ignota se hubiera apoderado de mi cuerpo de repente y hubiese decidido que necesitaba una buena sacudida. En una ocasión anterior, durante el verano de 1982, sentí como si una potente energía me levantara del suelo y me lanzara contra la pared igual que a un muñeco. Cierta vez, me

---

encontraba en una galería de arte en París y de pronto mi brazo izquierdo se giró hacia atrás y me empujó contra la pared. El incidente duró apenas unos segundos. Poco después me invadió una gran euforia, una alegría sobrenatural. Pero, a continuación, me sobrevino una fuerte jaqueca que habría de durarme casi un año, el año del Fiorinal, Inderal, Cafergot, Elavil, Tofranil y Mellaril, de todo aquel cóctel de medicamentos para dormir que me suministraba el médico en su consulta con la esperanza de que, al día siguiente, me despertara sin dolor de cabeza. Pero no hubo suerte. Al final, ese mismo neurólogo decidió internarme en una clínica y tratarme con Thorzine, un antipsicótico. Aquellos ocho días que pasé alestargada en el pabellón de neurología se me han quedado grabados como la más negra de las comedias negras. Ocho días en los que compartí habitación con una anciana sorprendentemente ágil, que había sufrido un derrame cerebral y a la que todas las noches sujetaban a la cama con unas correas apodadas «las Caprichosas» de las que siempre lograba zafarse para escapar por los pasillos en un claro desafío a las enfermeras. Ocho extraños días que pasé medicada, salpicados de visitas de jóvenes con batas blancas empeñados en sostener lápices delante de mis ojos para ver si yo era capaz de identificarlos y en preguntarme qué día era, qué año, cómo se llamaba nuestro presidente, para después pincharme con pequeñas agujas (¿sientes esto?). Días salpicados también por aquel extraño gesto con la mano que hacía al despedirse por la puerta el mismísimo Rey de las Migrañas, el doctor C., un hombre que solía ignorarme, aparentemente irritado conmigo porque no cooperaba y me curaba de una vez. Ningún especialista sabía lo que me sucedía en realidad. Mi médico bautizó mi dolencia con el nombre de *síndro-*

---

*me de migraña vascular*, pero no parecía que hubiera nadie capaz de decir por qué me había convertido en una especie de ENORME jaqueca, en un ser asustado, aplastado, deprimido, con vómitos continuos, un remedo de Humpty Dumpty después de caer del muro.

Mis incursiones en el mundo de la neurología, la psiquiatría y el psicoanálisis habían empezado mucho antes de mi internamiento en el Hospital Mount Sinai. He padecido migrañas desde mi infancia y hace años que investigo sobre mis dolores de cabeza y mareos, sobre esa sensación de elevación divina, sobre los destellos luminosos y agujeros negros que veo y sobre la única alucinación que he sufrido: ver a un hombrecillo y a un buey, ambos de color rosa, en el suelo de mi habitación. Antes de las convulsiones que sufrí aquella tarde en Northfield llevaba ya mucho tiempo leyendo estudios relacionados con tales misterios. Incluso profundicé aún más en el tema cuando decidí escribir una novela donde uno de los personajes era un psiquiatra y psicoanalista, un hermano imaginario que me inventé con el nombre de Erik David-*sen*. Lo hice nacer y crecer en Minnesota en una familia muy parecida a la mía. Era el hijo varón que nunca tuvo la familia *Hustvedt*. Para poder ponerme en la piel de Erik me zambullí en el intrincado mundo de la diagnosis psiquiátrica y en los múltiples trastornos mentales que aquejan al ser humano. Estudié farmacología y me familiaricé con los diferentes tipos de medicamentos. Compré un libro con una serie de exámenes tipo que utilizan los tribunales de evaluación psiquiátrica en el estado de Nueva York y practiqué haciéndolos todos. Leí muchos libros sobre psicoanálisis e innumerables monografías sobre enfermedades mentales. Me fascinó la neurociencia y asistí a las conferencias mensuales sobre dicha ma-



---

teria en el Instituto Psicoanalítico de Nueva York. Después me invitaron a participar en un grupo de debate dedicado a una nueva especialidad: el neuropsicoanálisis.

El grupo estaba compuesto por neurocientíficos, neurólogos, psiquiatras y psicoanalistas cuyo objetivo era crear un campo común que aunase las perspectivas del análisis con las investigaciones neurológicas más recientes. Me compré un modelo del cerebro de goma, estudié sus diferentes partes, escuché con suma atención las ponencias y seguí leyendo sobre el asunto. De hecho, mi marido me advirtió más de una vez que yo leía de forma obsesiva y llegó a decirme que aquella voracidad tenía mucho de adictiva. Después trabajé como voluntaria en la Clínica Psiquiátrica Payne Whitney, impartiendo un taller semanal de literatura a los pacientes hospitalizados. Allí pude estar cerca de personas aquejadas de enfermedades muy complejas que solían presentar pocas similitudes con las descripciones catalogadas en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (más comúnmente llamado el *DSM*).<sup>\*</sup> Llevaba, pues, varios años sumergida en el mundo del cerebro y de la mente cuando me eché a temblar delante del árbol dedicado a mi padre. Lo que comenzó como mera curiosidad ante los misterios de mi sistema nervioso acabó convirtiéndose en una pasión avasalladora. La curiosidad intelectual sobre cualquier enfermedad que padezcamos surge, sin duda, del deseo de dominarla. Aunque no lograrse curarme, quizá al menos podría empezar a entenderme a mí misma.

<sup>\*</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*, publicado por la American Psychiatric Association (Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos). (N. de la t.)

---

Toda enfermedad tiene algo de ajeno a nosotros e implica una sensación de invasión y pérdida de control que se evidencia en el lenguaje que utilizamos para referirnos a ella. Nadie dice «soy un cáncer» o «soy canceroso», a pesar del hecho de no ser ésta una enfermedad provocada por un virus o una bacteria intrusa sino el resultado de la mutación de nuestras propias células. Uno *tiene* cáncer. Sin embargo, con las enfermedades psiquiátricas o neuronales ocurre algo diferente puesto que atacan lo que imaginamos como el origen mismo de nuestro ser. La frase «es epiléptico» no nos resulta extraña. En las clínicas psiquiátricas los pacientes suelen decir: «Bueno, es que yo soy bipolar» o «Soy esquizofrénico». Las frases denotan una identificación total de la persona con la enfermedad. Yo tenía la sensación de que aquella mujer temblorosa era y no era yo al mismo tiempo. Podía reconocerme de cuello para arriba, pero de cuello para abajo mi cuerpo era un ser convulso e ignoto. No tengo ni idea de lo que me sucedió ni de qué nombre darle a mi dolencia, pero no hay duda de que aquel extraño ataque tenía algún componente emocional relacionado con mi padre. El problema era que durante el acto no había sentido que me embargase *emoción* alguna. Estaba tranquila y serena. Daba la impresión de que me había sucedido algo realmente serio, pero ¿qué era? Decidí ir a la búsqueda de la mujer temblorosa.

Los médicos llevan siglos estudiando los ataques convulsivos como el que yo padecí. Hay muchas dolencias que pueden provocar temblores, pero no siempre es fácil diferenciarlas. Desde Hipócrates en adelante, diagnosticar significa agrupar una serie de síntomas bajo un mismo

---

nombre. La epilepsia es la más famosa de todas las enfermedades convulsivas. Si yo hubiera sido una paciente de Galeno, el médico griego que atendía al emperador Marco Aurelio y cuyos copiosos escritos tuvieron gran influencia en la historia de la medicina durante cientos de años, éste me hubiera diagnosticado una enfermedad convulsiva aunque habría descartado la epilepsia. Galeno consideraba que la epilepsia no sólo provocaba espasmos en todo el cuerpo sino que también interrumpía «las funciones primordiales»: la conciencia y el habla.<sup>1</sup> Aunque entre los griegos existía la creencia de que los dioses y los espíritus podían hacerte temblar, la mayor parte de los médicos mantuvo siempre una postura naturalista al respecto y no sería hasta el surgimiento del cristianismo que se empezaron a vincular los temblores con lo sobrenatural hasta un grado increíble. La naturaleza, Dios y el diablo podían hacer que te temblara todo el cuerpo y los expertos en medicina luchaban por distinguir unas causas de otras. ¿Cómo podía separarse un acto de la naturaleza de una intervención divina o de una posesión demoníaca? Los paroxismos y desvanecimientos de santa Teresa de Ávila, sus visiones y su éxtasis respondían a elevaciones místicas que la acercaban a Dios, pero las niñas de Salem que se estremecían y retorcían eran víctimas de las brujas. En su obra *Una modesta investigación sobre la naturaleza de la brujería*, de 1702, el reverendo John Hale describe las convulsiones de esas atormentadas niñas para luego añadir que sus enormes sufrimientos eran «mucho más intensos que los que pudiera provocar cualquier ataque epiléptico o enfermedad de origen natural».<sup>2</sup> Si yo hubiera sufrido mi ataque convulsivo durante aquella locura colectiva que invadió Salem, las consecuencias hubieran sido funestas. Hubieran creí-

---

do que estaba poseída. Incluso peor: si yo hubiera estado sumida en el fervor religioso de la época, algo bastante probable, la sensación de que alguna fuerza extraña se había apoderado de mi cuerpo y provocado tales temblores hubiese bastado para convencerme de que, sin duda, era víctima de un maleficio.

En Nueva York y en el año 2006 ningún doctor en sus cabales me habría enviado a un exorcista, a pesar de la confusión generalizada que había respecto a mi diagnóstico. Los parámetros referidos a las enfermedades convulsivas han cambiado mucho, pero descubrir lo que me había sucedido no iba a ser tarea fácil. Podía acudir a un neurólogo para saber si lo mío era epilepsia, aunque mi pasada experiencia en el Hospital Mount Sinai me hacía recelar de los médicos que estudiaban el sistema nervioso. Sabía que para que me diagnosticaran dicha enfermedad tenía que haber sufrido por lo menos *dos* ataques. Yo estaba convencida de haber sufrido un ataque genuino antes de que me sobreviniera mi incurable migraña. El segundo ya me parecía menos claro. Los temblores incontrolados pueden darse en algunos ataques. A mí me temblaron ambos lados del cuerpo, pero no dejé de *hablar* durante el episodio. ¿Cuánta gente *habla* durante un ataque epiléptico? Además, en ningún momento experimenté ningún síntoma ni aviso previo de que se me acercara un incidente neuronal, como suele sucederme con las migrañas. Las convulsiones me sobrevinieron al comenzar el discurso sobre mi difunto padre y al finalizarlo desaparecieron. A la vista de mi historial médico, sabía que cualquier neurólogo meticuloso me haría un electroencefalograma. Me tendría un buen rato sentada con el cuero cabelludo lleno de electrodos pegajosos para, al final, no hallar nada. Está claro que hay muchas personas

---

que sufren episodios que los exámenes habituales no suelen detectar y necesitan someterse a otras pruebas. Como no volviera a temblar sería imposible que pudiesen diagnosticarme nada y mi dolencia quedaría flotando en el limbo de las enfermedades ignotas.

Estuve tiempo preocupada por mis temblores hasta que se me ocurrió una posible respuesta. No fue una conclusión a la que llegase poco a poco sino que surgió de repente, como una inspiración divina. Estaba sentada en mi lugar habitual durante la conferencia mensual de neurociencia cuando recordé una breve charla que tuve en una conferencia anterior con una psiquiatra que se sentaba justo detrás de mí. Le pregunté dónde trabajaba y qué hacía y me respondió que en un hospital atendiendo sólo a «pacientes de conversión». «Los neurólogos no saben qué hacer con ellos así que me los mandan a mí», dijo. «¡Eso es!», pensé. Mi ataque había sido de origen *histórico*. Este término ha caído en desuso dentro del vocabulario médico y va siendo remplazado por el de *trastorno de conversión*, aunque bajo este nuevo término subyace el fantasma del antiguo.

Hoy en día, cada vez que se usa la palabra *histeria* en periódicos y revistas, se suele señalar que proviene del griego y que significa «útero». Puntualizar su origen, como una patología puramente femenina asociada a los órganos reproductivos, sirve para advertir a los lectores de que el término en sí refleja un antiguo prejuicio contra las mujeres, pero la historia va mucho más allá de la misoginia. Galeno creía que la histeria era una enfermedad que sufrían las mujeres solteras o viudas privadas de relaciones sexuales, pero no la consideraba una forma de locura puesto que no tenía por qué llevar aparejados problemas psicológicos. Los médicos de la antigüedad eran

---

muy conscientes de que los ataques epilépticos y los histéricos se asemejaban y de que era fundamental distinguir entre unos y otros. Como puede verse, la confusión aún existe. El médico del siglo xv Antonius Guainerius sostenía que los efluvios procedentes del útero eran los responsables de la histeria y que ésta se diferenciaba de la epilepsia en que los histéricos recordaban todo lo sucedido durante sus ataques.<sup>3</sup> El gran médico inglés del siglo xvii Thomas Willis absolvió al útero de ser el órgano culpable y situó el origen, tanto de la histeria como de la epilepsia, en el cerebro. Pero las ideas de Willis no eran las predominantes en su época. Había otros médicos que creían que se trataba de dos manifestaciones diferentes de la misma dolencia. El médico suizo Samuel Auguste David Tissot (1728-1797), hoy más recordado en los anales médicos por su famoso tratado sobre los peligros de la masturbación, sostenía que eran dos enfermedades distintas, aunque existieran algunas epilepsias originadas en el útero.<sup>4</sup> Desde la Antigüedad hasta finales del siglo xix la histeria fue considerada como una enfermedad convulsiva originada en alguna parte del cuerpo (el útero, el cerebro o alguna extremidad) y aquellos que la padecían no eran tenidos por locos. No hace falta decir que si cualquiera de los médicos que acabo de mencionar hubiese presenciado mi convulso discurso, me hubiera diagnosticado histeria. Mis funciones superiores no se vieron interrumpidas; recuerdo todo lo sucedido durante mi ataque y, por supuesto, era una mujer con un útero potencialmente emisor de efluvios y capaz de trastornarse.

Es interesante plantearse en qué momento la histeria adquirió la categoría de enfermedad asociada de forma exclusiva a la mente. Por lo general utilizamos el término

---

*histeria* para referirnos a la excitabilidad o excesiva emotividad de una persona. Lo asociamos con la imagen de alguien, normalmente una mujer, chillando fuera de sí. No sé qué le sucedió a mis brazos, piernas y torso en aquella circunstancia, pero me sentía lúcida y hablé con tono calmado. En ese sentido, no estaba nada histérica. Hoy en día el trastorno de conversión está considerado un problema psiquiátrico y no neurológico, por eso se explica que lo asociemos a las perturbaciones mentales. En el *DSM*, que va ya por su cuarta edición, se engloba al trastorno de conversión dentro de los problemas *somatoformes*, es decir, trastornos psiquiátricos en los que las personas manifiestan síntomas físicos.<sup>5</sup> Pero la denominación y clasificación de la enfermedad ha cambiado varias veces durante los últimos cuarenta años. En el primer *DSM* (1952) se la llamaba *reacción de conversión*. El *DSM-II* (1968) la incluía en el grupo de los trastornos *disociativos* y la denominaba *neurosis histérica, de tipo conversión*. Al parecer, en 1968 los autores del manual estaban impacientes por restablecer las raíces de la enfermedad recuperando el uso de la palabra *histeria*. El término *disociación* es muy amplio y se utiliza de diferentes formas para indicar cierto distanciamiento del yo o trastorno de la personalidad. Por ejemplo, cuando una persona tiene la impresión de estar fuera de su propio cuerpo se dice que experimenta un estado disociativo; si a otra la agobia la sensación de que ella o el mundo no son reales, también se lo califica de trastorno disociativo. Cuando se publicó el *DSM-III* (1980), el término *histérico* había desaparecido, siendo suplantado por el de *trastorno de conversión*, englobado dentro de los trastornos somatoformes. La definición permaneció inalterada en el *DSM-IV*. Sin embargo, el manual actual de la Organi-

---

zación Mundial de la Salud, el ICD-10\* (1992) no está de acuerdo. Allí se le denomina *trastorno disociativo (de conversión)*. Parece algo confuso y lo es. Resulta obvio que los autores de manuales de diagnóstico psiquiátrico no saben bien qué hacer con la histeria.

Sin embargo, existe cierto consenso general. Los síntomas de conversión suelen asemejarse a los neurológicos: parálisis motora; crisis de tipo epiléptico; dificultad para andar, tragar o hablar; ceguera y sordera. Aunque cuando un neurólogo investiga alguno de estos casos no logra dar con la causa del problema. Así que, por ejemplo, si a algún neurólogo errante se le hubiera ocurrido hacerme un electroencefalograma mientras temblaba delante del árbol plantado en honor a mi padre, el electro no hubiera registrado mis convulsiones histéricas, pero sí las epilépticas. Además hay que decir que los histéricos no son simuladores. No pueden evitar lo que les sucede y no fingen su dolencia. Los síntomas pueden desaparecer de forma espontánea y, de hecho, es lo que suele suceder. Siempre con la salvedad de que «deben tomarse todas las precauciones»,<sup>6</sup> como señalan los autores del *DSM*. Es decir, si yo hubiera acudido a un psiquiatra, éste tendría que haber sido muy cauteloso conmigo. Mis síntomas podrían ocultar una enfermedad neurológica sin identificar que además no hubiera sido detectada en las pruebas. El psiquiatra tendría que estar seguro de que mis temblores fueran lo bastante raros para catalogarlos como epilépticos al hacer su diagnóstico. El problema también se da a la inversa. Carl Basil, un farmacólogo de la Universidad de Columbia, cuenta que uno de sus pacientes

\* *International Classification of Diseases* (Clasificación Internacional de Enfermedades). (*N. de la t.*)



---

presenció cómo se incendiaba su lugar de trabajo y «de repente se le paralizó todo el lado derecho del cuerpo como si hubiese sufrido un ataque de apoplejía». <sup>7</sup> De hecho, lo que sufrió aquel hombre fue una «reacción de conversión», que desapareció al finalizar el estado de shock. El asunto se complica aún más si añadimos que las personas epilépticas tienen muchas más probabilidades de sufrir ataques de histeria que aquellas que no lo son. Leí un estudio médico en el que sus autores afirmaban que entre un diez y un sesenta por ciento de las personas que tienen crisis psicógenas no epilépticas sufren epilepsia comórbida. <sup>8</sup> El dilema contemporáneo a la hora de identificar las dolencias nos recuerda mucho a las dificultades a las que durante siglos tuvieron que enfrentarse los médicos para separar la epilepsia de la histeria. La cuestión continúa siendo la misma: si una mujer sufre temblores convulsivos, ¿a qué se debe?

Los últimos años del siglo xx los médicos han utilizado sin demasiado rigor la frase «sin causa orgánica». La histeria era una dolencia física sin causa *orgánica*. ¿La gente se quedaba de pronto paralizada, ciega o presa de convulsiones sin ninguna causa orgánica? ¿Cómo podía ser eso? A menos que creyeras que unos fantasmas, espíritus o demonios surgían de repente del cielo o del infierno y se apoderaban del cuerpo de una persona, ¿cómo podía afirmarse que aquel fenómeno no era *físico y orgánico*? Incluso el *DSM* actual reconoce el problema al señalar que la diferencia entre lo mental y lo físico es «un anacronismo reduccionista del dualismo cuerpo/mente». <sup>9</sup> Ésa es una separación con la que hemos convivido en el mundo occidental por lo menos desde Platón. La idea de que estamos hechos de dos elementos en lugar de uno, de que la mente no es materia, sigue siendo deter-

---

minante en la forma de ver el mundo de mucha gente. Sin duda, la experiencia de vivir dentro de mi propia cabeza tiene algo de mágico. ¿Cómo veo, siento y pienso y qué es en realidad mi mente? ¿Mi mente es lo mismo que mi cerebro? ¿Cómo puede la experiencia humana originarse en la materia gris y en la blanca? ¿Qué es orgánico y qué es no orgánico?

El año pasado oí por la radio a un hombre que hablaba de su vida con un hijo esquizofrénico. Como muchos otros pacientes, su hijo tenía problemas a la hora de tomar con regularidad sus medicamentos. Cuando regresaba a casa después de haber estado internado, dejaba de tomar las medicinas que le habían prescrito y volvía a tener un brote. Es una historia que suelo escuchar entre los pacientes a los que doy clases en el hospital, aunque todos tienen un motivo diferente para dejar de tomar sus pastillas. A uno de los pacientes le recetaron un antipsicótico que le hizo engordar de un modo exagerado y eso le hacía muy desgraciado; otro sentía que estaba muerto por dentro; otro estaba tan furioso con su madre que dejó de tomar las pastillas por puro rencor. El padre que hablaba por la radio recalcó más de una vez que «la esquizofrenia es un *trastorno mental orgánico*». Yo sabía muy bien por qué lo hacía. Por supuesto que no sólo se lo habrían dicho los médicos sino que también él mismo habría leído estudios en los que se enfocaba la enfermedad desde ese punto de vista y eso le consolaba, le hacía sentir que, como padre, no era responsable de la enfermedad de su hijo, que el entorno donde creció su hijo no había influido en su dolencia. Puede que un día se resuelva el misterio genético de la esquizofrenia, pero por el momento continúa siendo una incógnita. Si un gemelo sufre esquizofrenia existe un cincuenta por ciento de posibilidades de que el

---

otro también la sufra. Es un porcentaje alto, pero no determinante. Tiene que darse la conjunción de otros factores, que pueden ser muy variados, desde la contaminación ambiental hasta la negligencia parental. Muchas veces la gente prefiere respuestas sencillas. En el clima cultural de hoy la frase *trastorno mental orgánico* tiene un efecto tranquilizador. Mi hijo no está loco, lo que tiene es un problema en el cerebro.

Pero no existe una salida rápida de la trampa psique/soma. Peter Rudnytsky, un prominente experto en psicoanálisis, realizó un estudio sobre Otto Rank, el psicoanalista del círculo de Freud que probablemente sufría un trastorno maniaco-depresivo, en el que señala que, dado que hoy en día sabemos que la depresión maniaca es un trastorno «orgánico», ya no podemos interpretar los bruscos cambios de humor de Rank como un defecto de su «carácter». <sup>10</sup> La depresión maniaca, conocida también como trastorno bipolar, se da en muchas familias y su componente genético parece ser bastante más alto que en la esquizofrenia. Y aun así Rudnytsky da a entender que no existen estados no orgánicos que puedan atribuirse a defectos de carácter. Lo cual plantea la pregunta: ¿qué es el carácter? ¿El carácter no está formado por la suma de nuestras partes y no son esas partes orgánicas? Y si no es así, ¿qué es psíquico y qué es somático?

El problema radica en que la frase *trastorno mental orgánico* no dice mucho. No hay lesiones ni perforaciones en el tejido cerebral de los esquizofrénicos ni en el de los maniaco-depresivos como tampoco se ha detectado ningún virus que destruya la corteza cerebral. Las nuevas tecnologías aplicadas a los escáneres cerebrales pueden detectar los cambios en la actividad cerebral. Aunque también hay cambios en la actividad cerebral cuando es-

---

tamos tristes o alegres o excitados sexualmente. Todos esos estados del ser humano son físicos. ¿Y qué es una enfermedad con exactitud? En el *Campbell's Psychiatric Dictionary* hallé la siguiente afirmación perteneciente a la obra *Philosophy in Medicine* de Culver y Gert: «La enfermedad y la dolencia están íntimamente relacionadas, pero la enfermedad es más fuerte desde el punto de vista ontológico que una simple dolencia».<sup>11</sup> Una enfermedad, en otras palabras, tiene más peso, más *presencia* que una dolencia. Hace poco un amigo mío me enseñó un libro titulado *Vivir bien con la enfermedad de la migraña y con los dolores de cabeza*. Me quedé asombrada. En el pasado, cuando tuve que ir de un neurólogo a otro, ninguno calificó la migraña de *enfermedad*. Era obvio que había adquirido un estatus nuevo, que había adquirido más «peso» desde 1982. ¿El trastorno de conversión es, a diferencia de la esquizofrenia o del trastorno maniaco-depresivo, un fenómeno psíquico? ¿Es la psique diferente del cerebro?

Sigmund Freud fue el primero en usar la palabra *conversión* en el libro que publicó junto con Josef Breuer titulado *Estudios sobre la histeria* (1893): «Para simplificar, denominamos “conversión” a la transformación de la excitación psíquica en síntomas somáticos permanentes, tan característica de la histeria».<sup>12</sup> ¿Qué quería decir Freud? ¿Creía que la excitación física estaba al margen de lo biológico? Freud era un hombre empapado de la filosofía y la ciencia de su época. Estudió medicina y consiguió su título, pero también estudió filosofía y zoología. En el verano de 1876 recibió una beca para investigar en la Estación Experimental Zoológica de Trieste, donde se dedicaría a diseccionar anguilas, a estudiar su estructura histológica y a buscar unos testículos que hasta el momento nadie ha-

---

bía logrado encontrar. Parece ser que la estructura gonadal de las anguilas ha atraído la atención de diferentes científicos desde Aristóteles. Freud no llegó a resultados concluyentes, pero su investigación formaría parte de un proceso que, con el paso del tiempo, ayudaría a despejar la incógnita. Después de tres años en la Facultad de Medicina, decidió especializarse en neurología y dedicó seis años al estudio de las células nerviosas en el laboratorio fisiológico de Ernst Wilhelm von Brücke. Se concentró en el estudio del material visible del sistema nervioso. El primer libro que publicó Freud fue *Sobre la afasia*. La afasia (palabra que proviene del griego y significa «incapacidad para hablar») se utiliza para referirse a un desorden del lenguaje en pacientes con algún daño cerebral. La afasia puede afectar a todos los aspectos del lenguaje. Algunos pacientes pueden entender las palabras que escuchan pero son incapaces de emitirlos ellos mismos. Otros no comprenden lo que se les dice o no logran asociar unas frases con otras. Otros saben lo que desean decir pero son incapaces de reunir los fonemas que forman la palabra. Aunque en su época no atrajo demasiada atención, mucho de lo que Freud sostenía en aquel estudio permanece vigente. En él recalca que, aunque algunos procesos cerebrales podían localizarse en diferentes áreas (se sabía cuáles eran algunas de las partes del cerebro responsables de los comportamientos del ser humano, entre ellos el lenguaje), dichos procesos no eran estáticos sino circuitos móviles y dinámicos dentro del cerebro. Ésta es una verdad incuestionable. Su postura respecto a la relación entre mente y materia era más sutil. No era un reduccionista ni un dualista: «Por lo tanto, la psique es un proceso paralelo al fisiológico, un fenómeno concomitante subordinado».<sup>13</sup> Freud fue un materialista toda su vida. No quería saber

---

nada de esas vagas nociones sobre el alma, el espíritu o la psique que se presentaban separadas de los procesos físicos. Uno dependía del otro. Al mismo tiempo, como seguidor de Kant, no creía que fuera posible conocer las cosas en sí mismas. Sostenía que accedemos al mundo a través de nuestra percepción de él. A pesar de eso, sigo encontrando a gente que habla de Freud como si hubiese sido una especie de místico, un hombre cuyas ideas no presentaban relación alguna con la realidad física, una especie de mago de los espejismos que interfirió en el avance de la modernidad embaucando a un público crédulo con toda clase de tonterías hasta que, por fin, llegó una nueva psiquiatría científica basada en las maravillas de la farmacología que logró acabar con sus desvaríos. ¿Cómo es posible que un científico llegase a adquirir una reputación así?

Poco después de publicar *Estudios sobre la histeria* con Breuer, Freud se embarcó en lo que luego se conocería como el *Proyecto para una psicología científica*, un intento de relacionar sus ideas sobre el funcionamiento de la mente con sus conocimientos de neurología a fin de crear un modelo biológico basado en las células que conforman el cerebro: las neuronas. Tras un periodo de febril escritura, se dio cuenta de que no existían suficientes conocimientos sobre los procesos neuronales como para establecer dicho modelo y dejó su *Proyecto* de lado. Fue entonces cuando el padre del psicoanálisis dio su giro decisivo hacia una explicación puramente psicológica de la mente, aunque nunca renunció a la esperanza de que algún día los científicos lograran refrendar sus ideas basándolas en funciones reales del cerebro. En su historia del psicoanálisis titulada *Revolution in Mind*, George Makari ofrece una sucinta evaluación del problema al que se enfrentaron Freud y muchos otros estudiosos de la neurología, la psi-

---

cología y la biofísica: «No se podía afirmar tan a la ligera que un nervio albergase una palabra o una idea».<sup>14</sup> Freud tenía cierta noción de cómo funcionaba dicha conexión, pero no consiguió empezar a demostrar que estaba en lo cierto.

Después de que mi imaginaria visita al neurólogo no procurara el resultado apetecido, decidí ir a ver a un psicoanalista. Pese a que en una época la psiquiatría norteamericana estuvo influida por el psicoanálisis, ambas disciplinas han sufrido un creciente distanciamiento, en especial desde los años setenta. Muchos psiquiatras tienen escaso o nulo conocimiento del psicoanálisis, que, cada vez más, se ha visto desplazado a los márgenes de la cultura predominante. Muchos psiquiatras norteamericanos dejan ahora que sean los asistentes sociales quienes hablen con los pacientes mientras ellos se limitan a prescribir recetas. Estamos en una era en la que domina, pues, la farmacología. Sin embargo, sigue habiendo muchos psicoanalistas en el mundo y desde que leí a Freud cuando tenía dieciséis años ha sido una disciplina que me ha fascinado. Nunca me he psicoanalizado, pero en un par de ocasiones a lo largo de mi vida he considerado la posibilidad de hacerme psicoanalista y para ello debía previamente ir a terapia. Una vez me sometí a unas breves sesiones y me resultó muy útil, pero he llegado a comprender que una parte de mí siente miedo a sumergirse de lleno en el psicoanálisis. Es difícil explicar ese miedo porque no sé de dónde procede. Tengo la vaga noción de que hay recovecos ocultos de mi personalidad que me cuesta explorar. Quizá ésa sea la parte de mi ser donde se originan los temblores. Además, la intimidad médico-paciente que se

---

establece en el psicoanálisis también me asusta. Siendo franca, abrir mi mente en su *totalidad* me causa pavor. Mi analista imaginario es un hombre. Prefiero un hombre porque representaría para mí una figura paterna, un reflejo de mi padre, cuyo fantasma estuvo presente de alguna manera en el origen de mis temblores.

Después de relatarle mi historia, mi analista imaginario me pediría, sin duda, que le explicara la relación que mantenía con mi padre y las circunstancias de su muerte. También saldría a colación mi madre, al igual que mi marido, mi hija y mis hermanas. En definitiva, todas las personas de importancia en mi vida. Hablaríamos y, a través del diálogo, ambos intentaríamos conocer las razones por las que me convertí en un manojo de nervios durante mi alocución delante de un abeto. Por supuesto, y de antemano, el analista debería tener en cuenta que mi problema no estaba en hablar en público. Incluso en los peores momentos de mis temblores mi discurso era fluido. Mi patología radica en una zona subyacente o adyacente al lenguaje, segúnelijamos una u otra metáfora espacial. En psicoanálisis existe un término que podría definir mi problema: *represión*. Yo habría reprimido algo que desbordó mi inconsciente y estalló como si fuera un síntoma histérico. A un analista freudiano mi dilema le resultaría clásico. Yo le hubiera contado a ese analista imaginario que con anterioridad ya había acudido a un neurólogo y que no era epiléptica. A partir de ese momento, él se habría despreocupado de mi *cerebro*. A pesar de que a Freud le fascinaban las neuronas, mi analista las habría dejado de lado y se habría concentrado en ayudarme a profundizar en la historia de mi vida y entre ambos buscaríamos la manera de reinterpretarla para curarme de mis síntomas. En esa tesitura y a la búsqueda de mi curación, me habría



---

enamorado de mi psicoanalista. Transitaría por una fase de transferencia. Por medio de ese amor, que bien podría transformarse en odio, indiferencia o miedo, le transferiría los sentimientos que albergaba o albergo hacia mi padre, mi madre o mis hermanas, y él, a su vez, me haría una contra-transferencia construida a partir de sus propias vivencias. Todo ello desembocaría en una tormenta de ideas y de emociones. Al final, porque se supone que siempre hay un final, llegaríamos a consensuar un relato de mi cuasiataque y entonces me curaría. Ésa es, al menos, la narración ideal del proceso de psicoanálisis, que no es más que una forma peculiar de relato. El mismo Freud ya señalaba la rareza de su empeño en sus *Estudios sobre la histeria*:

Como otros neuropatólogos, aprendí a realizar diagnósticos específicos además de la electroprognosis y todavía me resulta curioso que los casos clínicos que describo puedan leerse como relatos cortos y que, como suele decirse, carezcan del supuesto rigor que se espera de las ciencias. Sin embargo, debo consolarme pensando que la propia naturaleza de la disciplina es, evidentemente, la responsable de esta situación y, por tanto, no debe achacarse a mis preferencias personales. Lo cierto es que el diagnóstico específico y las reacciones eléctricas no llevan a ninguna parte a la hora de estudiar la histeria, mientras que las descripciones detalladas de los procesos mentales (a las que ya nos tienen acostumbrados los escritores imaginativos) adornadas con unos cuantos términos psicológicos me permiten, al menos, obtener alguna luz sobre el curso de la afección de que se trate.<sup>15</sup>

Como científico que era, Freud se encontraba un poco incómodo ante la posibilidad de parecerse más a

---

un novelista. Con el paso del tiempo su pensamiento acerca del aparato psíquico cambiaría y evolucionaría, pero nunca llegaría a entroncar sus teorías en el sistema nervioso, donde sabía que se originaban los procesos que analizaba. La afasia era una dolencia que tenía un origen psicológico específico. Si alguna parte concreta del cerebro sufría un daño se producía, como resultado, un problema en el habla. Cuando Freud escribió sobre la afasia ya antes el científico francés Paul Broca y el alemán Carl Wernicke habían realizado sus investigaciones pioneras para radicar el habla en el hemisferio izquierdo del cerebro. Sin embargo, la histeria era una dolencia que *no* tenía origen en un daño cerebral. Los trabajos del eminente neurólogo francés Jean-Martin Charcot, a quien Freud tradujo y de quien fue discípulo y seguidor, lo habían dejado claro. Desde el Hospital de la Salpêtrière, Charcot, como otros innumerables médicos antes que él, se esforzó denodadamente para lograr distinguir los ataques epilépticos de lo que él denominaba «epilepsia histerica». Dado que algunas epilepsias podían originarse sin una lesión cerebral previa (un hecho que descubrió tras realizar varias autopsias), Charcot se vio obligado a distinguir varias dolencias basándose tan sólo en la observación clínica de sus pacientes. Estableció diversas categorías de dolencias, entre ellas la histeria, que no se debían a lesiones anatómicas y que agrupó bajo el término de *neurosis*. Definió la histeria como una *enfermedad orgánica* neurológica, sostuvo que tenía origen hereditario y negó que sólo afectara a las mujeres. Los hombres también podían ser histéricos.

Charcot se interesó por la dimensión psicológica de la histeria cuando se dio cuenta de que el pavor o una emoción fuerte podían asociarse a sus síntomas. También

---

pensaba que en tales casos el shock creaba en el paciente una autosugestión, una especie de autohipnosis, que escapaba a su conciencia. Por ejemplo, a uno de sus pacientes, un herrero que se había quemado la mano y el brazo, le diagnosticaron histeria masculina traumática, pero más adelante sufrió unas contracturas en dichos miembros. En teoría un trauma podría crear una sensación en el sistema nervioso de una persona, de por sí vulnerable, para desembocar en un síntoma, en un ataque: una parálisis, la incapacidad para andar, ver u oír, la pérdida de la conciencia o sonambulismo. Más aún, un médico podría producir unos síntomas similares en un paciente hipnotizándole y sugestionándole para que sintiera que su mano estaba paralizada. La autosugestión y la sugestión hipnótica activan las mismas áreas fisiológicas, como si fueran dos formas del mismo proceso mental. Para Charcot, el solo hecho de que una persona pudiera ser hipnotizada indicaba que era histérica. A pesar de su interés por el trauma, Charcot siguió ciñéndose a la explicación fisiológica de la histeria.<sup>16</sup>

Pierre Janet, filósofo, neurólogo y joven colega de Charcot, fue más allá de su mentor a la hora de explorar los aspectos psíquicos de la histeria. Al igual que Charcot, mantuvo que la histeria podía sobrevenir después de un shock (por ejemplo, a raíz de un accidente en un carruaje) sin que la persona afectada hubiera recibido necesariamente un daño físico. Janet sostenía que era suficiente que la persona pensara que «una rueda le había pasado por encima de la pierna» para que se le paralizara el miembro en cuestión.<sup>17</sup> Janet fue el primero que utilizó el término *disociación* en relación con la histeria y lo definió como una división en «el sistema de funciones e ideas que constituyen la personalidad».<sup>18</sup> Para Janet, las

---

ideas no eran pensamientos parciales sino que formaban parte de sistemas psicobiológicos que incluían las emociones, los recuerdos, las sensaciones y los comportamientos. En las conferencias que dictó en Harvard en 1906, Janet sostuvo que la histeria se definía a partir de la «sugestión» y que no era más que «una idea demasiado poderosa que actúa sobre el cuerpo de un modo anormal».<sup>19</sup> La terrible imagen del accidente del carruaje se disocia dentro de la persona y «las cosas suceden como si una idea, esto es, un sistema parcial de pensamientos, se emancipara, se independizara y se desarrollara por su cuenta. El resultado es, por un lado, que la idea se desarrolla demasiado y, por otro, que la conciencia parece incapaz de controlarla».<sup>20</sup> La histeria es, por tanto, una ruptura que se produce en el sistema y que permite que una parte del ser campee por sus respetos sin control.

Janet relata la historia de Irene, una mujer empobrecida de veinte años que vivió la lenta agonía de su querida madre consumida por la tuberculosis. Después de varias semanas junto al lecho de la enferma, Irene se dio cuenta de que su madre había dejado de respirar e intentó desesperadamente reanimarla. En medio de sus esfuerzos, el cadáver de la madre cayó al suelo e Irene necesitó todas sus energías para volver a subir el cuerpo a la cama. Tras el sepelio de su madre, Irene empezó a revivir la tragedia en distintos trances, durante los cuales representaba y relataba una y otra vez con gran detalle el horror que había vivido. Después de tales trances, recuperaba la plena conciencia y se comportaba como si nada hubiera sucedido. A mayor abundamiento, los familiares de Irene señalaban que la joven parecía demasiado despreocupada ante la muerte de su madre. De hecho, parecía haberlo olvidado por completo. Irene se mostraba sorprendida y

---

preguntaba cuándo y cómo había muerto su madre. «Hay algo que no comprendo —decía— ¿por qué razón, yo, que tanto la amaba, no siento más dolor por su muerte? Soy incapaz de guardarle duelo. Siento como si su ausencia no me afectara, como si mi madre estuviera de viaje, a punto de regresar.»<sup>21</sup>

La lectura de aquellas líneas me sorprendió. Me preguntaba si no me habría sucedido lo mismo. ¿No debería haber llorado más por alguien a quien yo había amado tanto? Muchos meses después de su muerte yo continuaba soñando que mi padre seguía vivo. Estaba equivocada, mi padre no había muerto. Irene había asistido impotente a la muerte de su madre junto a su lecho. Cuando mi padre agonizaba, pasé horas sentada a su lado. Mi padre necesitaba oxígeno para respirar y ya no podía levantarse sin ayuda. Cuando se colapsó su pulmón, los médicos lo reanimaron perforándole el pecho para inflar el pulmón inyectándole aire. Aún recuerdo aquel agujero. Recuerdo el rostro grisáceo de mi padre en aquel hospital de Minneapolis, la horrible luz fluorescente de su pequeña habitación y al anciano quejumbroso que yacía al otro lado de la cortina. Recuerdo que cuando mi padre pudo volver de nuevo a la residencia de ancianos, sonrió al entrar en silla de ruedas en su estrecha habitación, diciendo: «¡Qué agradable es volver al hogar aunque no sea realmente un hogar!». Los días previos a su fallecimiento, él y yo hablamos largo y tendido y mientras lo hacíamos yo no dejaba de pensar que debía prepararme ante su inminente muerte. Mi padre tenía ochenta y un años y había vivido con plenitud. Las personas no son eternas. Todos morimos. Me decía a mí misma lo que suele decirse en estos casos y pensaba que eso me servía para aliviar mi pena, pero ahora pienso que no ha sido así.