

**CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS Y GÉNERO:
LOS EJEMPLOS DE LA CLOROSIS Y
LA NEURASTENIA EN LA MEDICINA
ESPAÑOLA CONTEMPORÁNEA (1877-1936)**

**Josep Bernabeu-Mestre
Ana Paula Cid Santos
Josep Xavier Esplugues Pellicer
María Eugenia Galiana-Sánchez**

Universitat d'Alacant

RESUMEN

La Clorosis y la Neurastenia representan dos ejemplos históricos de disociaciones patológicas y de las dificultades que conlleva abordar su diagnóstico con los criterios de la mentalidad científico-natural. En el contexto de aquellas dificultades, el trabajo profundiza en la visión androcéntrica y el discurso ideológico con el que observaba la medicina española contemporánea a la naturaleza femenina y a las patologías de mujeres. Así mismo, a partir de las similitudes mostradas con los actuales síndromes del dolor y la fatiga, la investigación plantea la necesidad de revisar el abordaje clínico de éstas dolencias al intentar superar las limitaciones que ofrece el modelo biomédico.

PALABRAS CLAVE: Clorosis; neurastenia, síndromes del dolor y la fatiga, categoría diagnósticas, disociaciones patológicas, género, medicina española contemporánea.

DIAGNOSTIC CATEGORIES AND GENDER: TWO EXAMPLES IN CONTEMPORARY SPANISH MEDICINE, CHLOROSIS AND NEURASTHENIA (1877-1936)

ABSTRACT

Chlorosis and Neurasthenia are two classical examples of pathological dissociations and the difficulties involved in approaching their diagnosis using scientific-naturalistic criteria. In the realm of those difficulties, the study examines the androcentric viewpoint and the ideological perspective of Contemporary Spanish Medicine when addressing the feminine nature and women's pathologies. Moreover, based on the similarities with present-day pain and fatigue syndromes, the study under-

lines the need to review the clinical approach to these illnesses by attempting to overcome the existing biomedical limitations.

KEY WORDS: Chlorosis, neurasthenia, pain and fatigue syndromes, diagnostic categories, pathological dissociations, gender, contemporary Spanish medicine.

1. PROCESO DIAGNÓSTICO Y DISOCIACIONES PATOLÓGICAS: LOS LÍMITES DE LA OBJETIVIDAD CLÍNICA

El principio de objetividad que debe guiar el proceso diagnóstico de las enfermedades, ha llevado a la biología y a la medicina a aplicar el principio de la normalidad biológica con un reduccionismo que puede resultar operativo, pero que resulta epistemológicamente cuestionable¹. Desde finales del siglo XIX y durante todo el siglo XX, en el marco de la patología científico-natural, la idea de la realidad diagnosticada fue evolucionando hasta derivar en la visión de ésta como un desorden orgánico susceptible de ser objetivado, descrito y entendido según las pautas técnicas y mentales de la física y la química².

La realidad del enfermar se vio reducida con demasiada frecuencia a un desorden orgánico general o localizado, por tanto, sólo un proceso sucesivamente patogenético, fisiopatológico y anatomopatológico³, con los problemas que ello acarrea en el momento de abordar las llamadas disociaciones patológicas: hallazgos clínicos en pacientes asintomáticos, síndromes que pueden ser expresión de muy diversas entidades morbosas, o síntomas que no tienen necesariamente un correlato morfoopatológico.

Los casos históricos de la clorosis y la neurastenia femenina representan dos buenos ejemplos de disociaciones patológicas y de la problemática que mostraba la aplicación del esquema conceptual que acabamos de trazar. Con el presente trabajo, y en el contexto de las dificultades diagnósticas que mos-

¹ BARONA, J. L. (2004), «Hacer ciencia de la salud: los diagnósticos y el conocimiento científico de las enfermedades». *Panace@*, 5(15), 37-44 (pp. 40-41).

² LAÍN ENTRALGO, P. (1982), *El diagnóstico médico. Historia y teoría*, Barcelona, Salvat (pp. 121-122).

³ Olvidando, en muchas ocasiones, que en las observaciones clínicas hay que distinguir los datos relativos a la enfermedad («disease»), es decir, la objetivación morfológica, química, microbiológica y fisiopatológica del estado del organismo enfermo, pero hay que recoger, asimismo, lo que Laín denomina el huésped, es decir el enfermo mismo y su ambiente físico y social, además de los concernientes a la dolencia («illness») o conjunto de fenómenos clínicos, síntomas subjetivos y signos físicos que el médico percibe en su contacto inmediato con el paciente (LAÍN (1982), pp. 123-128).

traban ambos síndromes, pretendemos analizar la visión androcéntrica⁴ y el discurso ideológico con la que observaba la medicina española contemporánea a la naturaleza femenina y a las enfermedades que padecían las mujeres⁵.

Las fuentes consultadas incluyen aquellas monografías publicadas en España en los siglos XIX y XX que contenían en el título los términos clorosis y neurastenia. El período cronológico está marcado por la aparición del primer texto dedicado a la primera de las patologías y por la publicación, en 1936, del trabajo que dedicó al mismo tema el doctor Gregorio Marañón, y que coincide con una reducción de los trabajos dedicados a la neurastenia, además de comportar el final de un período concreto de la cultura y la ciencia españolas con el estallido de la guerra civil.

2. CLOROSIS: ¿LA ENFERMEDAD QUE NUNCA EXISTIÓ?

En las décadas finales del siglo XIX, la Clorosis⁶ era considerada una en-

⁴ Dichos presupuestos condicionaron muchos de los diagnósticos, y entre ellos, la Clorosis y la Neurastenia (WOOD, A. D. (1984), «Las enfermedades de moda. Trastornos femeninos y su tratamiento en la América del siglo XIX». En NASH, M. (ed.) *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*, Barcelona, Ediciones del Serbal, pp. 373-405). En la medicina decimonónica, la mujer era considerada un ser definido y limitado por sus órganos y funciones sexuales y un ser al borde de la enfermedad, tanto física como psíquica. Las dolencias estarían provocadas por las mismas funciones y aparato reproductor que las definen. La mujer estaría enferma en función de su propia naturaleza, de su propia razón de ser, la de la reproducción de la especie. Para los médicos decimonónicos, la femineidad sana se componía de auto-sacrificio y altruismo a nivel espiritual, y a nivel práctico de partos y de trabajo doméstico. Las afecciones femeninas se vinculaban a un funcionamiento incorrecto de los órganos sexuales. El estado más sano y «más santo» de la mujer era el de madre (MOSCUCCI, O. (1990), *The Science of Woman, Gynaecology and Gender in England, 1800-1929*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 102). Para el caso español, la evolución de aquel discurso puede seguirse en el trabajo: ORTIZ, T. (1996-1997), «El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del siglo veinte». *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 4, 28-40.

⁵ Dicho discurso debe ser contextualizado en el proceso de medicalización que acompañó la emergencia de la medicina contemporánea, y que se vio reflejado en una progresiva inclusión de factores sociales y psicológicos en el discurso científico de la medicina y en la presencia creciente de la misma en el discurso social y ético (BERNABEU-MESTRE, J. (2006), «Medicina e ideología: reflexiones desde la historiografía médica española». En CAMPOS, R.; MONTIEL, L.; HUERTAS, R. (eds), *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 17-50.

⁶ Loudon distingue cuatro fases o etapas en la evolución de la clorosis. Antes de 1750 habría recibido el nombre de enfermedad de las vírgenes o fiebre amatoria, atribuyendo su

fermedad crónica y de larga duración, propia y exclusiva de las jóvenes, apareciendo en general de los 14 a los 24 años, aunque se podía observar también en ciertas fases de la vida genital, como el embarazo o la menopausia⁷. De evolución insidiosa, la sintomatología que acompañaba a las enfermas de Clorosis se caracterizaba por el color amarillo-verdoso de su piel, la decoloración de uñas y labios, y como indicaban los autores de la época, la «flojedad física y moral»⁸. A la astenia y el cansancio al menor esfuerzo, se sumaban las cefalalgias, las palpitaciones y las sofocaciones, los dolores difusos, las neuralgias y las visceralgias, la amenorrea/dismenorrea, el aumento de la necesidad del sueño, la anorexia, y las alteraciones del tracto intestinal, entre otras manifestaciones⁹.

Durante muchas décadas existió una importante polémica acerca de la naturaleza discrásica (mala composición de la sangre o de los humores) o neurótica de la enfermedad¹⁰. Quienes defendían la naturaleza discrásica, la definían como «una anemia globular esencial seguida de un hiperestesia generalizada»¹¹, y hacían servir la condición femenina de la dolencia como principal argumento¹²: «la mujer es un ser bastante distinto del hombre, bajo

origen al desorden provocado por un amor no correspondido. Entre 1750 y 1850 fue considerado un trastorno uterino o menstrual, subrayando la importancia de la amenorrea. Desde 1850 paso a ser considerada una anemia peculiar de las mujeres jóvenes (LOUDON, I. (1980), «Chlorosis, anaemia, and anorexia nervosa». *British Medical Journal*, 281: 1669-1675 (p. 1669); LOUDON, I. (1984), «The diseases called chlorosis». *Psychological Medicine*, 14: 27-36). Para un completo seguimiento de la evolución mostrada por el síndrome en el marco de la medicina científica occidental se puede consultar el trabajo de KING, H. (2004), *The disease of virgins. Green sickness, chlorosis and the problems of puberty*, London and New York, Routledge. En el ámbito de la historiografía médica española, destaca el trabajo: CARRILLO, J. L. (2006) «La clorosis, ¿conquistada o retirada del campo de batalla?: una aproximación al caso español». *Medicina e Historia*, 4, pp. 1-15.

⁷ NOGUER MOLINS, L. (1927), «Clorosis». En: *Diagnóstico médico-Patología interna*, Barcelona, Ed. Científico-médica, pp. 94-96.

⁸ BOUCHUT, E.; DESPRES, A. (1882), «Clorosis» en *Diccionario de medicina y de terapéutica médica y quirúrgica*, Madrid, Carlos Bailly-Bailliere, p. 315.

⁹ NOGUER (1927), pp. 95-96.

¹⁰ PELÁEZ Y VERDE, F. (1877), *¿La Clorosis es una discrasia o una neurosis?. Su verdadera definición. Tesis de doctorado*, Madrid, Imp. Lázaro Maroto.

¹¹ PELÁEZ Y VERDE (1877), p. 19.

¹² PELÁEZ Y VERDE (1877), pp. 10-11. Sobre las ideas que manejaba la medicina española de finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, acerca de la condición femenina, se puede consultar el trabajo de ARESTI, N. (2001): *Médicos, donjuanes y mujeres modernas. Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*, Bilbao, Universidad del País Vasco (Historia contemporánea 23), pp. 17-68.

cualquier concepto que se la considere, ya sea el moral, el intelectual, el orgánico, el de la salud y la enfermedad [...] muestra una mayor predisposición a la Clorosis por tener menos células hemáticas [...] la mujer es una flor que se marchita con pasmosa rapidez, cuando de ella se apodera la Clorosis». La enfermedad respondería a todas las causas que contribuyeran a empobrecer la sangre con una disminución de los glóbulos rojos: una alimentación inadecuada, una lactancia prolongada, etc.

Los partidarios de la naturaleza neurótica de la Clorosis, la relacionaban con causas morales intensas y con la precocidad de las pasiones sexuales¹³. Era considerada un signo del mito de la virginidad, que escondía «cosas respetables, como una moral severa, una continencia notable de los apetitos y un concepto elevado de la dignidad personal», pero que escondía también «una gran cantidad de deseos y de sentimientos reprimidos, de pasiones disimuladas, de prejuicios sobre el honor puramente decorativos pero de profunda fuerza social y biológica; e incluso de perversiones disfrazadas de inocencia». Se consideraba que semejante «artificio» estaba detrás del «componente psicógeno» de la Clorosis¹⁴.

Durante todo el siglo XIX, el capítulo dedicado a los estados de Clorosis había llegado a convertirse en uno de los más extensos de los libros de patología¹⁵. Sin embargo, durante las primeras décadas del siglo XX, las Clorosis comenzaron a disminuir. En un primer momento se empezó a hablar de pseudoclorosis, pero con las mejoras diagnósticas «se fueron acoplando los casos de pseudoclorosis en diagnósticos más precisos; dentro de diferentes procesos, de los que el síndrome clorótico es una mera consecuencia»¹⁶. Entre aquellos procesos, Marañón señalaba los de naturaleza infecciosa, principalmente la tuberculosis, las endocrinopatías relacionadas con insuficiencias ováricas y alteraciones tiroideas, las úlceras gastrointestinales, las anemias

¹³ BOUCHUT, DESPRES (1882), p. 315.

¹⁴ MARAÑÓN, G. (1936), *El problema de la clorosis. ¿Ha desaparecido o no ha existido jamás?*, Madrid, Instituto del Libro Español (Conferencias, 2), pp. 50-59. En la obra ya citada de ARESTI (2001), pp. 235-247, sobre *Médicos, donjuanes y mujeres modernas*, se puede encontrar un completo análisis de las ideas «feministas» que se manejaban en la medicina española contemporánea.

¹⁵ ASSMAN, H. (ed) (1936), «Clorosis». En: *Tratado de Patología Médica*, Barcelona, Labor, pp. 1467-59.

¹⁶ MARAÑÓN (1936), pp. 13-15. Por su parte, LOUDON (1980), pp. 1673-1675, apunta la posibilidad de mejoras diagnósticas que habrían llevado a catalogar como anorexias nerviosas antiguas Clorosis. También resultan relevantes los comentarios que recoge FIGLIO (1978), pp. 175-177, en este sentido.

sintomáticas a la alimentación deficiente o cualitativamente incorrecta, así como la endocarditis de origen reumático¹⁷.

Para Marañón la Clorosis primitiva no habría existido, y apuntaba, básicamente, dos razones: la constancia con la que se encontraba en todos los casos de Clorosis algunas de las etiologías indicadas, y la falta de razones científicas que permitiesen considerarla una entidad nosológica¹⁸. Para nuestro autor, que se manejaba con una mentalidad propia de la patología científico-natural¹⁹, la categoría de entidad nosológica requeriría cuatro condiciones mínimas²⁰: constancia y unidad en los síntomas, la presencia de una etiología que aunque desconocida en su esencia, mostrase una uniformidad clínica manifiesta, la existencia de una anatomía patológica concreta, y la disponibilidad de una terapéutica que permitiera curar el síndrome.

En relación con la primera de las condiciones, la constancia y unidad de los síntomas, Marañón afirma que los síntomas cloróticos serían manifestaciones de todos los aparatos, sin sistematización alguna²¹. Tampoco se apreciaba una etiología fija. Los motivos productores del síndrome eran variadísimos, circunstancia que explicaba la profusión de teorías etiológico-patogénicas que fueron surgiendo²².

Por lo que respecta a la alteración orgánica que pudiera servir de criterio para fijar la personalidad patológica de la Clorosis, la anemia con valor globular bajo, Marañón refutaba el argumento con estas palabras: «Pero esta anemia (casi siempre discreta y a veces negativa), con hipocromía de los hematíes, no responde, según los conocimientos actuales, a ninguna perturbación fija, específica, del sistema hematopoyético, sino que es una respuesta de éste, común a varias etiologías»²³.

¹⁷ MARAÑÓN (1936), pp. 15-32.

¹⁸ MARAÑÓN (1936), pp. 32-33.

¹⁹ LAÍN (1982), pp. 121-122.

²⁰ MARAÑÓN (1936), p. 36.

²¹ MARAÑÓN (1936), p. 37.

²² MARAÑÓN (1936), pp. 38-39.

²³ MARAÑÓN (1936), p. 40. Sobre las diversas etiologías que encerraba el síndrome clorótico y su evolución, puede consultarse: HUDSON, R.P. (1977), «The biography of disease: lessons from clorosis». *Bulletin of the History of Medicine*, 51(3): 448-463; FIGLIO, K. (1978), «Chlorosis and chronic disease in nineteenth-century Britain: the social constitution of somatic illness in a capitalist society». *Social History*, 3: 167-197; MERCER, C.G. (1985), «Consumption, Heart-disease, or whatever: Clorosis, a Heroine's Iones in The Wings of the Dove». *Journal of the History of Medicine*, 40: 259-285; y POSKITT, E.M.E. (2003), «Historical review. Early history of iron deficiency». *British Journal of Haematology*, 122: 554-562.

A la luz de todas estas consideraciones, no tenía sentido seguir hablando de la Clorosis como una enfermedad propiamente dicha: «En adelante, debemos referirnos tan sólo a anemias sintomáticas de las mujeres adolescentes; o si se prefiere, cloroanemias sintomáticas de las mujeres jóvenes, para conservar un recuerdo terminológico de este gran capítulo de la Medicina clásica, que ya no tiene razón de subsistir»²⁴. Las antiguas Clorosis verdaderas pasaron a adquirir la condición de síndromes secundarios²⁵.

Junto a todas estas consideraciones sobre la naturaleza y la etiología del síndrome clorótico, autores como Marañón también se ocupan de valorar los factores asociados que presentaban las enfermas de clorosis, al señalar su relación con la sobreexplotación doméstica y laboral a la que estaban sometidas las mujeres, además de la influencia que jugaba su consideración social y sexual. Como recuerda dicho autor, la Clorosis clásica despertó una gran interés en la literatura sentimental típica del siglo XIX que «lloraba ante las injusticias sociales y no remediaba ninguna», al mismo tiempo que estaba «llena de descripciones de la muchacha pálida, cansada, encargada de cuidar dos o tres niños, no mucho más niños que ella, y obligada a trabajos forzados, con sueldo mísero y mesa irrisoria». Los médicos, «teníamos siempre llenas de estas víctimas (de Clorosis) las salas de nuestros Hospitales. Hoy, sin duda, la condición de la sirvienta ha mejorado y lo acusan inequívocamente nuestras estadísticas hospitalarias»²⁶.

Autores como Loudon²⁷ han llegado a distinguir entre la clorosis de la opulencia, en relación a casos de anorexia nerviosa relacionada con frustraciones sexuales, y la clorosis de la pobreza, en referencia a la enfermedad de las criadas que vivían y trabajaban en sótanos y locales faltos de luz, húmedos y poco ventilados, o trabajadoras que lo hacían en factorías que reunían condiciones similares. Uno de los hechos epidemiológicos mejor conocidos y comprobados de la clorosis clásica, era su mayor frecuencia entre las jóvenes proletarias (obreras de taller y, sobre todo, criadas de servir, cuyas condiciones de alimentación e higiene general eran «detestables»), pero también su

²⁴ MARAÑÓN (1936), pp. 41-42. Desde la perspectiva de la evolución del discurso científico, el trabajo que Marañón dedicó a la clorosis y la propia evolución de la conceptualización de dicho síndrome por parte de la medicina española contemporánea han sido analizados por CARRILLO (2006).

²⁵ MARAÑÓN (1936), p. 43.

²⁶ MARAÑÓN (1936), p. 48.

²⁷ LOUDON (1980), p. 1671.

presencia entre las muchachas ricas, a causa de la asociación que existía entre la clorosis y la virginidad, llegando a denominarla la «enfermedad santa»²⁸.

En relación con la clorosis de la pobreza, el médico alicantino Evaristo Manero Molla al referirse a las condiciones de trabajo de las operarias de la Fábrica de Tabacos de Alicante, que aparecen recogidas en sus *Estudios sobre la topografía médica de Alicante*, monografía publicada en 1883, recordaba que «la mujer de la ciudad (de Alicante) tenía ocupación cuando la pobreza lo exigía, en la fábrica de tabacos». El propio Manero habla de 5.000 operarias, y en su opinión, «a la escasa y mal reglamentada alimentación que observaban de ordinario, y a la mala calidad de los alimentos que adquirían en la venta pública [...] había que añadir la índole del trabajo y las condiciones perniciosas del edificio que las reunía, estando, en palabras textuales, muy distantes de lo que la higiene preceptúa (hacinamiento tumultuario, posición sedentaria, el abstenerse o detener ciertos actos y necesidades animales, reunión de individuos de diferentes edades, etc.), para explicar las multitud de clorosis que presentaban aquellas mujeres y que se convertían en terreno abonado para la aparición de estados tisiógenos»²⁹.

Al mismo tiempo que se apuntaban las mejoras higiénicas y de las condiciones de vida para explicar la reducción y desaparición de la clorosis, también se destacaba el papel de otro tipo de factores, al destacar la influencia, como ya hemos indicado, de los cambios en la consideración social y sexual de las mujeres, y su influencia en la evolución de la cloroanemia³⁰:

²⁸ MARAÑÓN (1936), p. 49. En 1892, el prestigioso clínico W. Osler, reconocía esta doble condición de la clorosis, cuando recordaba que la enfermedad era tan frecuente en contextos caracterizados por el sobretrabajo femenino llevado a cabo en condiciones higiénicas desfavorables, como entre sectores de población que gozaban de mejores condiciones de vida, aunque no dejaba de señalar en este último caso la importancia que jugaban la falta de ejercicio al aire libre, o una alimentación inadecuada. Por otra parte, aunque Osler reconocía la importancia de los factores emocionales y psíquicos, negaba la condición histórica que algunos autores atribuían a la clorosis (GUGGENHEIM, K. Y. (1995), «Chlorosis: the rise and disappearance of a nutritional disease». *The Journal of Nutrition* 1995, 125(7): 1822-1825 (p. 1824)).

²⁹ BERNABEU-MESTRE, J. «Asistencia médica y sociedades de socorros mutuos en las comarcas del Sur del País Valenciano». En VALERA, M.; EGEA, M. A.; BLÁZQUEZ, M. D. (eds.), *Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Murcia/Cartagena, 18-21 de diciembre de 1988*, Murcia, Cátedra de Historia de la Medicina, Vol. I, pp. 471-481 (p. 478-479).

³⁰ MARAÑÓN (1936), p. 55. Sobre los cambios a los que alude Marañón, y particularmente, los que afectaron al discurso médico se puede consultar el trabajo de ARESTI (2001), pp. 209-256. Con frecuencia, los diagnósticos médicos de la Clorosis, la relacionaban con la menstruación y la masturbación (DALLY, A. (1991), *Women under the knife. A History of Surgery*, London, Hutchinson, p. 99). Para muchos autores, la enfermedad desaparecía cuando

«[...] el que toda la enfermedad fuera puro artificio, nos enseña, además, la importancia del factor nervioso y aún la deliberada ficción en aquella famosa Clorosis, que hoy ha desaparecido [...] y nos explicamos por qué. La libertad de las costumbres es mayor y, en consecuencia, en contra de cuanto dicen los moralistas plañideros, la moral sexual es más pura. Una joven de hoy tiene el hábito de conocer de cerca a los hombres, de convivir con ellos en la noble actividad del trabajo o en las horas entusiastas del deporte. El hombre no es ya, para ella, un mito, al que hay que atraer por medios excepcionales. No hay que sentirse ‘opilada’ para poder hablarle ni para suscitar su amor. La Clorosis, pues, ha disminuido, así como los matrimonios apresurados a consecuencia de tratamientos a salta de mata, un buen día en que la aurora fresca y el retoño de la primavera, cloroformizan el honor de la virgen. El pecado sexual es siempre el mismo; pero el quitarle prestigio le hace, sin duda, menos peligroso».

NEURASTENIA: UNA ENFERMEDAD DE LOS TIEMPOS MODERNOS

Coincidiendo con la época de mayor impacto de la Clorosis, en las últimas décadas del siglo XIX, la Neurastenia se convirtió en una dolencia que alcanzó una gran prevalencia en los países occidentales³¹. Para muchos autores se trataba de una auténtica pandemia o peste nerviosa³², siendo calificada como la enfermedad del siglo³³ o la enfermedad de moda³⁴. Estaba considerada co-

la mujer normalizaba su vida sexual a través del matrimonio (MARAÑÓN (1936), p. 59; ARESTI (2001), pp. 163-208).

³¹ GIJSWIJT-HOFSTRA, M. (2001), «Introduction: Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War». En GIJSWIJT-HOFSTRA, M.; PORTER, R. (eds) (2001), *Cultures of neurasthenia from Beard to the first World War*, Amsterdam/ New York, Rodopi, pp. 1-30. Como recordaba el médico español De PAULA IBORRA, F. (1916), *La Neurastenia. Tesis de doctorado presentada el 17-12-1915*, Madrid, Imp. Ricardo F. de Roja, p. 3), esta enfermedad «alzaba su cabeza amenazadora en las naciones que, como los Estados Unidos y Europa, van al frente de la revolución científica, industrial y comercial».

³² JIMÉNEZ DE LA FLOR, T. (1913), *Estudio clínico de la Neurastenia (astenia simple) y su tratamiento, Tesis de doctorado, curso de 1910-1911*, Zamora, Establecimiento Tipográfico San José, p. 10.

³³ BASSOLS I VILLA, J. (1912), *Neurastenia*, Barcelona, Imprenta Inglada y Cia, p. 7.

³⁴ DÍAZ DE LA QUINTANA Y SÁNCHEZ REMÓN, A. (1893), *Contribución al estudio de la Neurastenia (Memoria reglamentada para optar al grado de doctor)*, Madrid, La Nacional, p. 7. Este autor la califica como enfermedad de moda por considerar que el final del siglo XIX se caracterizaba por el despilfarro nervioso que había invadido gran parte de la humanidad: «Si

mo una patología nueva, pues aunque se reconocía su antigüedad, «se habría vuelto más frecuente [...] con las modernas condiciones de vida [...] siendo la resultante del exceso de una mal entendida civilización»³⁵.

El uso del término Neurastenia se generalizó a partir de 1880, momento en el que el norteamericano Beard describió una semiología típica de la enfermedad bajo dicha denominación³⁶. Para este autor³⁷, se trataba de una enfermedad funcional del cerebro consistente en un agotamiento ocasionado por un excesivo trabajo o tensión de tipo preferentemente intelectual. Como causas predisponentes consideró la dispepsia, las enfermedades cardiovasculares que conllevaban una mala nutrición cerebral, o los excesos sexuales, además de una cierta predisposición hereditaria y el clima. Beard consideraba a la Neurastenia una enfermedad típica del hombre americano de profesión preferentemente liberal y de edad comprendida entre los 16 y los 50 años³⁸.

Hay que indicar, sin embargo, que la mayor frecuencia de la enfermedad entre el sexo masculino, fue puesta en duda por diversos autores. La falta de visibilidad de una mayor prevalencia femenina se justificaba con argumentos como los que exponía Díaz de la Quintana³⁹:

«Fundo mi opinión en un hecho que todos los médicos conocen: el sexo femenino, de suyo delicado y paciente, por caprichoso e inexplicable contraste, sufre con mayor resignación las molestias todas; sobre todo tratándose de las afecciones nerviosas, la mujer logra resistirlas con mayores ánimos que el hombre [...] Por esto

mis creencias son ciertas [...] la Neurastenia vendrá a ser el pregonero infausto de las modernas afecciones nerviosas. Todos somos neurasténicos en potencia, llevamos en nosotros mismos las predisposiciones nerviosas más temibles, y como la paja seca favorece el incendio, así una sola chispa, suelta al menor descuido, permite la descomunal hoguera que destruye en un instante la labor de muchos años».

³⁵ BASSOLS I VILLA (1912), pp. 5-6.

³⁶ JIMÉNEZ DE LA FLOR (1913), pp. 6-7. Para la contextualización histórica del surgimiento de la Neurastenia como entidad clínica se puede consultar el trabajo de PORTER, R. (2001), «Nervousness, Eighteenth and Nineteenth Century Style: from Luxury to Labour». En GIJSWIJT-HOFSTRA, PORTER, (eds), pp. 31-50.

³⁷ LÓPEZ PIÑERO, J. M.; MORALES MESEGUER, J. M. (1970), *Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico*. Madrid, Espasa-Calpe (Monografías de psicología normal y patológica), p. 82.

³⁸ GOERING, L. (2003), «Russian nervousness: Neurasthenia and national identity in nineteenth-century Russia». *Medical History*, 47: 23-46; y SCHUSTER, D. G. (2003), «Neurasthenia and a Modernizing America». *JAMA*, 290: 2327-2328 (p. 2328). En Estados Unidos, la Neurastenia era considerada una enfermedad masculina socialmente aceptada, propia de los hombres luchadores de una sociedad capitalista competitiva.

³⁹ DÍAZ DE LA QUINTANA (1893), pp. 25-26.

en la clínica acuden más hombres que mujeres neurasténicos; porque aquellos se ven sorprendidos por la afección y desde el primer momento se declaran cobardes para resistirla, mientras que las mujeres aguardan instantes supremos para solicitar los auxilios científicos; así, la mujer neurasténica sufre mucho tiempo en silencio su estado neuropático, y el hombre se contrae a remediarlo poco menos que inmediatamente.»

La sintomatología que acompañaba los cuadros neurasténicos era muy variada y solía mostrar un curso insidioso⁴⁰. Entre los síntomas más comunes, los conocidos como «estigmas neurasténicos»⁴¹, se señalaban los siguientes: astenia neuro-muscular, con fatiga al menor esfuerzo, la cefalea, la raquialgia, la dispepsia y los trastornos gastrointestinales, el insomnio y la depresión cerebral. Junto a ellos, se describían otros síntomas menos frecuentes, a la vez que diversos y variables, como temblores, taquicardia, palpitaciones, opresión, pérdida parcial de la memoria⁴², imposibilidad de fijar la atención y de trabajar, irresolución, irritabilidad, abulia, abatimiento, pensamientos tristes e hipocondríacos, obsesiones, preocupaciones, y fobias diversas. También solían presentar una sensibilidad idiosincrásica a la acción de ciertas sustancias medicamentosas o «el apagamiento de las funciones sexuales»⁴³. De acuerdo con los síntomas dominantes, se distinguían diversas formas clínicas: cerebral, espinal, gastro-intestinal, cardíaca y genital o sexual. En realidad la variabilidad clínica era tan grande que se conocía a la Neurastenia como la enfermedad aristocrática que no se privaba de nada⁴⁴.

La condición de enfermedad que se manifestaba por fenómenos «casi exclusivamente subjetivos» y las consecuencias negativas que ello acarrearía (desde la identificación clínica a los problemas legales de reconocimiento de la enfermedad), aparecen abordadas en varios de los trabajos consultados, al mismo tiempo que se denuncia el trato injusto que recibían los neurasténicos, considerados en muchas ocasiones, como meros simuladores⁴⁵. El predominio de lo subjetivo, unido a la dificultad para objetivar posibles lesiones, y al desconocimiento de las causas, llevaba a muchos profesionales de la medicina a

⁴⁰ NOGUER (1927), p. 699-700.

⁴¹ JIMÉNEZ DE LA FLOR (1913), p. 14.

⁴² ORTÍ TRONCH, F. (1904), *La Neurastenia. Estado mental. Patogenia y tratamiento. Tesis de doctorado, 13-12-1904*, Valencia, Tip. Moderna, p. 8.

⁴³ JIMÉNEZ DE LA FLOR (1913), pp. 18-19.

⁴⁴ MATHIEU, A. (1892), *Neurastenia (agotamiento nervioso)*, Barcelona, Espasa Editores (Traducción de José Blanc i Benet), p. 93.

⁴⁵ MATHIEU (1892), 148-149; ORTÍ TRONCH (1904), p. 7; BASSOLS I VILLA (1912), p. 30.

considerarla una enfermedad imaginaria⁴⁶: «lo que más irrita a estos enfermos es que los demás crean que sus sufrimientos son imaginarios o que se piense que exageran [...] van cambiando de médico en médico, hasta que perdida la esperanza afirman, no me entienden la enfermedad, no saben lo que tengo». Las dificultades diagnósticas acababan estigmatizando a unos enfermos que tenían para muchos clínicos la condición de auténticos rompecabezas⁴⁷.

En el momento de explicar la etiopatogenia de la enfermedad, las opiniones expresadas por los autores españoles que hemos consultado ofrecen un abanico bastante amplio de posibilidades. Desde quienes defendían la hipótesis de la autointoxicación astenógena⁴⁸, hasta quienes, siguiendo a A. Mathieu⁴⁹, sostenían la imposibilidad de definir la Neurastenia por su principio patogénico y etiológico, por su lesión, o por su fisiología patológica, y se mostraban partidarios de la clínica como el principal elemento de definición⁵⁰.

⁴⁶ ORTÍ TRONCH (1904), p. 11.

⁴⁷ JIMÉNEZ DE LA FLOR (1913), pp. 21-22: «En tesis general diremos que son neurasténicos todos esos enfermos aprensivos, preocupados, hipocondríacos, que duermen poco, que digieren mal, que son incapaces de atención sostenida, que tienen emotividad exagerada, que sufren llamaradas al rostro, que padecen jaquecas, palpitaciones, ahogos, que son irascibles, caprichosos, inconstantes y que no sólo marean al médico y a su propia familia, sino que la fama y el buen nombre del clínico nunca está segura con ellos».

⁴⁸ GARCÍA RODRÍGUEZ, G. (1904), *Consideraciones sobre la patogenia y etiología de la astenia simple. Tesis de doctorado, 16 de septiembre de 1886*, Salamanca, Imp. y Encuadernaciones Salmanticenses, p. 27. La autointoxicación era atribuida a un trastorno nutritivo desarrollado en la intimidad del metabolismo celular. Otro autor que sostiene la hipótesis de la autointoxicación es JIMÉNEZ DE LA FLOR (1913), pp. 8-9, quién además sostiene que se trataría de una degeneración progresiva (empobrecimiento orgánico), «siendo ella el primer peldaño de las enfermedades cuyo nombre genérico es vejez prematura».

⁴⁹ MATHIEU (1892), p. 9 (Nota del traductor, José Blanc i Benet).

⁵⁰ DÍAZ DE LA QUINTANA (1893), p. 9; ORTÍ TRONCH (1904), p. 10; BASSOLS I VILLA (1912), p. 30. Como sostenía el propio MATHIEU (1892), pp. 193 y 222-223, destacando la importancia del diagnóstico por exclusión: «No teniendo la Neurastenia, hoy por hoy, y tal vez estando destinada a no tener jamás substratum anatómico o característica química, se halla limitada, por un lado, por el conjunto de síntomas que hacen de la misma un proceso clínico particular, y, por otro, por los síntomas que no le pertenecen y que sirven para caracterizar otros estados neuropáticos [...] lo único que se ha conseguido es haber distinguido la Neurastenia entre la masa de accidentes neuropáticos, se ha trazado un cuadro fiel de un estado morboso que se encuentra frecuentemente en clínica, se le ha reconocido una evolución propia y, por consiguiente un pronóstico particular [...] ¿No basta esto para declarar que los que han sacado este tipo morboso de entre el caos de las neuropatías han hecho una obra útil y meritória?». Por su parte, OTS Y ESQUERDO, V. (1897), *Patogenia, variedades y terapéutica de la Neurastenia*, Madrid, Real Academia de Medicina (Memoria premiada en el concurso de

En el ámbito de la medicina española contemporánea, la mayoría de los autores consideraban a la Neurastenia una neurosis con entidad propia, diferenciándola de otro tipo de histerismos⁵¹. La novedad de la enfermedad era considerada por algunos la consecuencia del afán investigador de los clínicos que les llevaba a entresacar nuevas enfermedades de procesos englobados hasta entonces con una común denominación⁵². Otros trabajos, por el contrario, sostenían que, como ocurría en otros contextos⁵³, era el exceso de trabajo mental que acompañaba al progreso lo que justificaba la creciente presencia de la Neurastenia⁵⁴. Incluso, en un discurso no exento de componentes xenófobos, se llegaba a justificar la mayor presencia de la enfermedad entre la raza blanca, por ser la que se dedicaba a los trabajos intelectuales: «los países cultos pueden padecer esta neurosis por poseer una potente historia civil; los salvajes no la sufren, por ser su historia solamente natural»⁵⁵.

1896), p. 44, la define como un trastorno funcional que no deja huella a su paso por el organismo, justificando así la ausencia de lesiones anatomopatológicas.

⁵¹ ORTÍ TRONCH (1904), p. 6. Como señalan LÓPEZ PIÑERO, MORALES MESEGUER (1970), p. 83: «la compleja evolución que las doctrinas de las neurosis habían sufrido a lo largo del siglo XIX quedó reducido en la época contemporánea a dos afecciones de primera importancia: la histeria y la neurastenia».

⁵² OTS y ESQUERDO (1897), pp. 5-7. Para este autor «la casi totalidad de desarreglos nerviosos no filiados con claridad en uno de los grupos nosológicos hasta el momento conocidos, son clasificados por muchos clínicos como formas de Neurastenia». Otro autor, JIMÉNEZ DE LA FLOR (1913), p. 4, en un discurso muy propio de la mentalidad científico-natural que presidía la medicina de finales del siglo XIX y principios del XX (LAÍN (1982), pp. 121-122), afirmaba lo siguiente: «En los tiempos antiguos el concepto clínico de esta afección (la Neurastenia) era tan conceptual como hipotético. En los tiempos actuales no es así porque dicha enfermedad tiene no sólo un sitio preciso dentro de los estados neuropáticos, sino concepto patogénico definido y tratamiento seguro en la mayoría de los casos. Y es que en la medicina moderna todo el goce de la seguridad quirúrgica ha pasado de lleno al campo médico o interno gracias a esa legión de inquisidores de la verdad (físicos, histólogos, químicos, analistas, anatómicos, etc.) que obrando como verdaderos endoscopios han exteriorizado la parte interna por decirlo así, y han dado carácter más preciso y más científico a la medicina actual».

⁵³ PORTER (2001).

⁵⁴ SUÁREZ-FIGUEROA CAZEAUX, J. (1909), *La Neurastenia y los trabajos mentales. Tesis de doctorado presentada en la Universidad Central de Madrid, el 16-11-1908*, Tortosa, Imp. De Sucesores de L. Bernis, pp. 7-8, llega a afirmar lo siguiente: «[...] el hombre ignorante se hace culto; el obrero lee y oye; el obrero aprende y por eso se pone en condiciones para ser neurasténico [...] el hombre de hoy difiere del hombre de ayer que tenía una vida más vegetativa, el reposo nervioso es menor del necesario».

⁵⁵ DÍAZ DE LA QUINTANA (1893), pp. 25 y 50. Este autor, profundizaba en el discurso xenófobo (p. 10) cuando al intentar rebatir la hipótesis de la sobreexcitación sexual como causa

Aunque se observaba en todas las clases sociales, para muchos autores su frecuencia era mayor entre la clase «rica o desahogada» y entre las profesiones con tensión cerebral. En el caso de las clases obreras la Neurastenia se atribuía al exceso de trabajo, a la miseria, a los vicios y al papel de la herencia⁵⁶.

En buena parte de las obras analizadas se insiste en la necesidad de contemplar el factor multicausal, distinguiendo entre factores eficientes, principales o astenógenos y los llamados factores coadyuvantes. Entre los primeros destacaría el papel desempeñado por la fatiga o agotamiento del sistema nervioso y la falta o insuficiencia de reposo y de «reparación»⁵⁷. La Neurastenia como recogía más de un autor, sería el resultado de un conflicto entre el organismo y el medio, donde el estrés de la vida moderna («surmenage») y la fatiga moral multiplicarían la fatiga nerviosa⁵⁸.

Al abordar el problema de la Neurastenia en las mujeres, se solían establecer ciertas diferenciaciones con respecto a la masculina y se le otorgaba una «forma clínica particular»⁵⁹ en la que predominaba la intensidad extre-

de la Neurastenia, sostenía que dicha enfermedad estaba ausente en la raza negra cubana o en los tagalos y chinos filipinos, a pesar de su manifiesta actividad sexual: «Al contrario, es proverbial la voluptuosidad de los negros; bastarían sus labios abultados, de ancho y encendido festón mucoso, para entender su insaciable lujuria; nadie desconoce la asquerosa sexualidad de los chinos, ni se le ha ocultado el refinamiento genital de los tagalos».

⁵⁶ DE PAULA (1916), p. 5. Este mismo autor (pp. 6-7), apunta la existencia entre los neurasténicos de una desmineralización del sistema nervioso (en magnesio, calcio, 'sosa', y fósforo). En relación con la herencia, MARAÑÓN, G. (1950), *Manual de diagnóstico etiológico*, Madrid, Espasa-Calpe Marañón, pp. 684-685), distingue entre la Neurastenia constitucional y la adquirida. El supuesto hereditario de algunas Neurastenias, llevó a más de un autor a proponer como medida profiláctica evitar el matrimonio en este tipo de enfermos (OTS I ESQUERDO (1897), p. 108; BASSOLS I VILLA (1912), p. 54).

⁵⁷ OTS I ESQUERDO (1897), pp. 41-42; BASSOLS I VILLA (1912), p. 9.

⁵⁸ BASSOLS I VILLA (1912), p. 10-14.

⁵⁹ MATHIEU (1892), p. 43. En relación con la Neurastenia femenina y la problemática que conllevaba, se pueden consultar los trabajos de MARLAND, H. (2001), «Uterine Mischief: W.S. Playfair and his Neurasthenic Patients». En GIJSWIJT-HOFSTRA, PORTER, (eds), pp.117-140, y KAUFMANN, D. (2001), «Neurasthenia in Wilhelmine Germany: Culture, Sexuality and the Demands of Nature». En GIJSWIJT-HOFSTRA, PORTER, (eds), pp. 1-30. Sobre el origen diferenciado que se otorgaba a la neurastenia femenina, puede servir de ilustración la metáfora utilizada por ROYO VILLANOVA (1910), «La neurastenia y los periódicos, extracto del libro del autor Esfigmogramas (Crónicas médicas)». *Revista Frenopática Española*, 1910: 202-204 (p. 204): «La más preciada flor de aqueste [sic] valle, la de color más delicado, la de más suave aroma, la que no brotó del beso de un rayo de sol y de una gota de rocío, sino de la caricia de un destello de luna y una perla de llanto, esa es la neurastenia [...] que tiene su invernadero en el cerebro del hombre y su estufa en el corazón de la

ma de la depresión cerebral y el agotamiento «nervo-motor». Las enfermas quedaban «literalmente sin fuerzas y sin alientos, incapaces de entregarse a sus ocupaciones habituales, de dirigir su casa, de leer, de hacer alguna fácil labor de aguja. No pueden andar y tienen dificultad para tenerse en pie [...] se ven obligadas a echarse en el sofá tendidas, en el cual pasan días enteros; algunas hasta permanecen todo el día en la cama [...] otras hay que en cuanto tratan de levantarse, se apodera de ellas el temblor, la angustia, los sudores, y la tendencia al desmayo; sienten ansiedad, horror a la bipedestación y a la marcha, así como otras presentan la agorafobia, la claustrofobia, o cualquier otra fobia»⁶⁰.

Junto a las diferenciaciones clínicas, en el caso de la Neurastenia femenina también se establecían diferenciaciones etiológicas o causales. Siguiendo las doctrinas de Weir Mitchell, la Neurastenia de las mujeres tenía la consideración de estado psíquico particular, «una especie de autosugestión que, después de haber servido para constituir el estado morbozo, se opone a su curación»⁶¹. Con un discurso propio de la visión que tenía la medicina de finales del siglo XIX de la patología femenina, se llegó a considerar la Neurastenia como causa y no como efecto de los trastornos del aparato genital⁶², por más que otros autores la relacionaran con mujeres que presentaban una lesión crónica del útero o de sus anejos⁶³:

mujer.» Por otra parte, y en relación a las diferenciaciones que se establecían entre los hombres y las mujeres en los diagnósticos de patologías nerviosas y su tratamiento puede resultar útil la consulta del trabajo: JIMÉNEZ LUCENA, I.; RUIZ SOMAVILLA, M.J. (1999), «La política de género y la psiquiatría española de principios del siglo XX». En BARRAL, M.J. *et al* (coord.), *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*, Barcelona, Icaria, pp. 185-206.

⁶⁰ MATHIEU (1892), p. 122-123. En la obra EDMOND-VIDAL (1901), *Tratamiento de la Neurastenia femenina por los extractos de ovario*, Madrid, Imp. de Angel B. Velasco (versión española del doctor Calatraveño), p. 7, se describía de esta manera a la neurastenia femenina: «Enteramente distinta de la neurastenia del hombre, por su origen, sus formas y su evolución, la neurastenia femenina ofrece serias dificultades en la práctica diaria, no tan solo por lo difícil de su curación, sino que también por las pocas veces que podemos obtener el alivio de las pacientes.»

⁶¹ MATHIEU (1892), p. 123-124. La Neurastenia femenina se solía asociar con frecuencia a mujeres que habían padecido «grandes disgustos, crueles tormentos, acerbas depresiones, fatiga física unida a una inquietud moral [...] se ha notado muchas veces en mujeres que han cuidado largo tiempo a un ser querido, sin reposo físico suficiente, agitadas constantemente entre la esperanza y el temor».

⁶² EDMOND-VIDAL (1901), p. 11.

⁶³ MATHIEU (1892), p. 186.

«La neurastenia no es rara en mujeres afectas de una lesión crónica del útero o de sus anejos [...] la intensidad de las sensaciones penosas experimentadas por los enfermos nunca están en relación con la extensión y la gravedad de las lesiones útero-ováricas o peri-uterinas; hay un elemento anterior de nerviosismo que es imposible desconocer. [...] En la época de las reglas todo se exagera [...] las desgraciadas enfermas, en casos semejantes están sometidas a una doble tortura física y moral [...] las relaciones sexuales resultan dolorosas o imposibles; el temor de ser engañadas o de pasar a ser para sus maridos un objeto de fastidio, de cansancio, si no de aversión, se convierte en una preocupación continua».

En aquel contexto, y en sintonía con el discurso médico que acerca de la patología femenina se fue generando en la medicina contemporánea⁶⁴, se llegó a justificar la aplicación de terapias agresivas, como la ovariectomía y la castración⁶⁵, a pesar de la falta de unanimidad en el momento de aceptar sus fundamentos científicos⁶⁶.

⁶⁴ CASTELLANOS, J.; JIMÉNEZ LUCENA, I.; RUIZ SOMAVILLA, M.J. (1990), «La ciencia médica en el siglo XIX como instrumento de reafirmación ideológica: la defensa de las desigualdades de las mujeres a través de la patología femenina». En BALLARIN, P.; ORTIZ, T. (eds), *La mujer en Andalucía. I Encuentro Interdisciplinar de estudios de la mujer*, Granada, Universidad de Granada, pp. 879-888; RUIZ SOMAVILLA, M.J. (1994), «La legitimación de la ideología a través de la ciencia: la salud y la enfermedad de la mujer en el Siglo Médico. En CANTERLA, C. (ed), *De la Ilustración al Romanticismo. Cádiz, Europa y América ante la modernidad. VII Encuentro de Estudios de la Mujer: la mujer en los siglos XVIII y XIX*, Cádiz, Universidad de Cádiz, pp. 103-114; ORTIZ GÓMEZ, T. (2002), «El papel del género en la construcción histórica del conocimiento sobre la mujer». En RAMOS GARCÍA, E. (ed.) *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. I Congreso Nacional, 9 y 10 de mayo de 2002*, Madrid, Instituto de la Mujer, p. 31.

⁶⁵ RIBAS I PERDIGÓ, M. (1892), *Tratamiento de la neuroastenia*, Barcelona, Gaceta Médica Catalana, pp. 60-61, afirmaba lo siguiente: «Desde hace mucho tiempo vengo pensando que la intervención quirúrgica, que tan buenos resultados puede proporcionar en ciertos casos tratándose de sujetos femeninos, puede asimismo, por modo análogo, reportarlos excelentes en los individuos del sexo masculino [...] cuando el enfermo se agrava y la misma vida llega a peligrar, es cuando me parece indicada la ablación de los testículos de los enfermos que a ello no se opongan [...] Como dicha operación, se acepta en el sexo femenino sin ningún inconveniente, por muchos prácticos, a pesar de su trascendencia, no veo motivo alguno para dejar de utilizarla con objeto de extirpar de raíz una espermatorrea de imposible detención, si de esta manera puede devolverse la salud o cuando menos mitigar sus insufribles tormentos al neuropático agotado que padece sin consuelo».

⁶⁶ OTS ESQUERDO (1897), p. 134, además de llamar la atención sobre la falta de fundamento científico, responsabilizaba a las propias pacientes: «Lo que debe extrañarnos es que en nuestros días todavía se pretenda realizar estas inhumanas mutilaciones, después de quedar convencidos hasta la evidencia de la independencia absoluta que guardan los síntomas neuró-

En el capítulo del tratamiento y la prevención de la Neurastenia, aunque se reconocía la inexistencia de una terapéutica eficaz, además del uso de gran número de medicamentos encaminados a tratar la variada sintomatología que presentaban los pacientes afectados de Neurastenia, muchos de ellos de dudosa eficacia, como los tónicos o reconstituyentes⁶⁷, y el recurso a todo tipo de alternativas terapéuticas⁶⁸, destacaban las recomendaciones de carácter higiénico-moral no exentas de cierto componente ideológico⁶⁹: «lo primero que hay que hacer con un asténico es tonificarle para que el rescoldo de fuerza nerviosa que aún quede al paciente, se vivifique y renazca [...] de ahí se deduce que el que vive en la orgía y en el libertinaje gasta en exceso la fuerza nerviosa y a la larga será un psicasténico». Para muchos autores la mejor profilaxis de una enfermedad, que como en el caso de la Neurastenia representaba una de las principales causas de la degeneración física de la raza, consistía en «cambiar las costumbres y la educación social»⁷⁰. Entre las medidas higiénicas y profilácticas se recomendaban el reposo combinado con un ejercicio moderado, alejar a los pacientes de actividades que comportasen una actividad intelectual importante, y enviar a los enfermos urbanos a «rusticar»⁷¹.

ticos con el aparato sexual femenino [...] Quizás contribuya a la realización de estas inoportunas operaciones, la condición especial de estas neurópatas. Ávidas de todo lo extraordinario, atraídas por las grandes emociones y seducidas por una verdadera curiosidad morbosa, han de impulsar ellas al cirujano la mayoría de veces a practicar la operación, que seguramente se realizará si no se opone con toda su energía a tales pretensiones patológicas»

⁶⁷ BASSOLS I VILLA (1912), p. 53

⁶⁸ DE PAULA IBORRA (1916), p. 13-14, señala que «entre las alternativas terapéuticas se ofrecían la hidroterapia, la electroterapia, la helioterapia, la cromoterapia, e incluso la radioterapia; sin olvidar la «masoterapia» o las recomendaciones y las curas alimenticias». Las obras consultadas tampoco dejaban de denunciar el fenómeno del charlatanismo tan presente en enfermedades crónicas y carentes de un tratamiento eficaz: «[...] la firme voluntad del médico se ha estrellado ante esta clase de enfermos que, cansados de seguir los sabios consejos impuestos por la ciencia, han recurrido a los más refinados charlatanes (terrible pesadilla nuestra)».

⁶⁹ JIMÉNEZ DE LA FLOR (1913), p. 24.

⁷⁰ DÍAZ DE LA QUINTANA (1893), p. 28.

⁷¹ BASSOLS I VILLA (1912), pp. 54-55. Con el término rusticar se hacía referencia a la oportunidad de salir al campo, o habitar en él.

4. LAS LECCIONES DE LA HISTORIA: UNAS CONSIDERACIONES FINALES SOBRE LA VISIBILIDAD CLÍNICA, EPIDEMIOLÓGICA Y SOCIAL DE LOS SÍNDROMES DEL DOLOR Y LA FATIGA

Como recogía Laín Entralgo en su prólogo al texto sobre historia y teoría del diagnóstico médico⁷², «el empeño de conocer el pasado lleva necesariamente consigo, implícita o explícita, la cuestión de su para qué». A lo largo del presente trabajo, además de abordar algunas de las doctrinas médicas que acerca de la patología femenina manejaba la medicina española de finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX, a través de los ejemplos históricos de la Clorosis y la Neurastenia, hemos podido comprobar las limitaciones que encierran determinadas categorías diagnósticas, al contemplar sobre todo la dimensión biológica de los episodios de enfermedad, y no integrar adecuadamente el contexto sociocultural y vivencial de los pacientes.

Los síndromes analizados, deben enmarcarse en el capítulo de lo que se conoce como disociaciones patológicas. Lo ocurrido con ambas patologías, nos recuerda la necesidad de tomar en consideración el carácter temporal de las doctrinas y los conocimientos médicos⁷³, la oportunidad de desarrollar hipótesis etiológicas multicausales, que asuman tanto los factores eficientes como los coadyuvantes, y la conveniencia de prestar atención a los determinantes que pueden estar incidiendo en su valoración, particularmente los factores culturales e ideológicos que aparecen asociados a su condición de patologías femeninas⁷⁴.

Parece oportuno preguntarse en qué medida la formulación de categorías diagnósticas como la Clorosis y la Neurastenia en el pasado, o la Fibromialgia

⁷² LAÍN (1982), pp. V-VI.

⁷³ Sobre la necesidad de evitar planteamientos ahistóricos e incorporar la visión diacrónica en el momento de abordar problemas de salud emergentes como la clorosis o la neurastenia, pueden ser de utilidad las reflexiones que aporta ARRIZABALAGA, J. (2000), «Cultura e Historia de la Enfermedad». En PERDIGUERO, E.; COMELLES, J. M. (eds) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Edicions Bellaterra, pp. 71-81; ARRIZABALAGA, J. (2002), «Problematizando una diagnosis retrospectiva en la historia de la enfermedad». *Asclepio*, 54(1): 51-70.

⁷⁴ Para una revisión crítica de los enfoques metodológicos manejados por las ciencias antropológicas y sociales y por las ciencias de la salud, y orientados en el sentido que estamos proponiendo, se puede consultar el trabajo MENÉNDEZ, E. (1998), «Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes». *Estudios sociológicos*, enero-abril de 1998 (Hemeroteca virtual ANUIES. <http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES>). En el caso de las patologías de las mujeres, también puede resultar de interés el trabajo: VALLS, C. (2006), *Mujeres invisibles*, Barcelona, Nuevas Ediciones de Bolsillo.

y el Síndrome de la Fatiga Crónica en la actualidad⁷⁵, no enmascaran, en el contexto del creciente proceso de medicalización que vive la población occidental desde el siglo XIX, una situación de sobreexplotación (trabajo doméstico y extradoméstico), de deficientes condiciones de vida y de salud, y de estigmatización, por su condición de mujeres, que padecían y padecen importantes sectores de la población⁷⁶.

A la luz de todas estas consideraciones, de la evolución mostrada por la Clorosis y por la Neurastenia, y de las similitudes que muestran con los actuales síndromes del dolor y de la fatiga crónica, particularmente la Fibromialgia y el Síndrome de la Fatiga Crónica, se debería revisar el abordaje clínico de éstas últimas dolencias, intentando superar las limitaciones que ofrece el mo-

⁷⁵ Se trata de dos padecimientos que han alcanzado una dimensión epidemiológica relevante, no sólo por su elevada prevalencia, morbilidad y el alto índice de frecuentación de recursos sanitarios que originan, sino por su carga de discapacidad a través de las repercusiones sociolaborales, familiares y personales que suelen acompañar a ambas dolencias (ESTRADA, M. D. (2001), *Síndrome de Fatiga crónica. Informe tècnic*, Barcelona, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques/ Generalitat de Catalunya, pp. 23-24). La Fibromialgia y el Síndrome de la Fatiga Crónica, son padecimientos tratados como tales desde hace muy pocos años (GARCÍA, F.J.; CUSCÓ, A.M^a; POCA, V. (2006), *Abriendo camino. Principios básicos de Fibromialgia, Fatiga Crónica e Intolerancia Química Múltiple*, Barcelona, Institut Ferran de Reumatologia). Desconocemos su etiología, aunque se sospecha que obedecen a un origen multifactorial. Lo que sí sabemos es que la mayoría de los afectados son mujeres; que se trata de dolencias crónicas y benignas; y que, si bien no son degenerativas, la calidad de vida de quien las sufre puede verse muy deteriorada. Los constantes dolores musculares y tendinosos, la fatiga crónica, las alteraciones del sueño, los problemas digestivos y los estados de ansiedad, entre otros síntomas, pueden llevar a la persona afectada a no sentirse capacitada para continuar con sus tareas cotidianas, pudiendo llegar a pedir la baja laboral por invalidez. Durante mucho tiempo estas personas han sufrido, no sólo los síntomas de la enfermedad, sino además que no se las tomara en serio porque no presentaban signos externos de dolencias y ningún examen biológico podía certificarlas como enfermedad (PROS CASAS, M. (2003), *¡Me duele todo! Fibromialgia, una enfermedad de los tiempos modernos*, Barcelona, Océano/Ambar, pp. 11-12). Más de un autor (FERNÁNDEZ SOLÁ, J. (ed) (2003): *Sobrevivir al cansancio. Una aproximación a la situación de fatiga crónica*, Barcelona, Oxigen/ Viena, p. 178) las ha definido como «enfermedades sistémicas en busca de un marcador específico».

⁷⁶ Para el caso de la clorosis hemos profundizado en estas consideraciones a través de una comunicación que fue presentada al simposio *Well-being as a Social Gendered Process. Session 3: Health*, Modena, Italy, June 26th-28th, 2006 (BERNABEU-MESTRE, J. *et al* «Overexploitation, Malnutrition and Stigma in a Women's Illness: Chlorosis in Contemporary Spanish Medicine (1877-1936)»).

delo biomédico o científico-natural, e incorporar los presupuestos propios de un modelo más integral, que como el bioantropológico, sea capaz de valorar de forma adecuada tanto los aspectos relacionados con la *disease* (la dimensión biológica y objetiva), como con la *illness* (la dimensión subjetiva) y la *sickness* (la dimensión social y cultural de la enfermedad)⁷⁷.

Fecha recepción: 19 abril 2007

Fecha aceptación: 15 de junio de 2007

⁷⁷ La dimensión clínica bioantropológica, pasaría por una concepción del paciente como persona, que conllevaría una concepción clínica con mayor selectividad e idoneidad de la singularidad del paciente y la ubicación en su medio ambiente; por una atención a la condición situacional indisoluble del individuo y existencial del paciente; por una concepción de la relación médico paciente científica, técnica y humanística; y por el desarrollo de una metodología del trabajo clínico y de investigación individual y multidisciplinario. Sobre las limitaciones del modelo biomédico y la necesidad de una aproximación más integral, se puede consultar el trabajo: COMELLES, J. M.; MARTÍNEZ, A. (1993), *Enfermedad cultura y sociedad*, Madrid, Eudema, pp. 52-65.