



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

La Construcción Cultural del Proceso
Salud-Enfermedad

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Angel Ivan Garcia Ortiz

Director: Lic. **Esteban Cortés Solís**

Dictaminadores: Mtro. **José Antonio Mejía Coria**

Mtro. **José René Alcaraz González**



Los Reyes Iztacala, Tlalneantla, Edo. de México, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi padre y a mi madre...

A este territorio...

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. Salud y enfermedad: La vida como acontecimiento	13
1.1. Normatividad biológica	13
1.2. Epidemiología cultural y la vida entre los otros	18
1.3. La consciencia de sí mismo: El organismo y el cuerpo del deseo	23
CAPÍTULO 2. Terapéutica, ritualidad y mito	28
2.1. La invención del cuerpo en la visión holista	28
2.2. Órgano y mito	32
2.3. Las almas tzeltales: el pliegue	41
2.4. La enfermedad como texto	43
2.5. Sobre la eficacia simbólica	46
2.6. <i>Pipinahuiztle</i> y susto	51
2.7. <i>Mizcotón</i> y la cura en relación con otros	62
2.8. El mal de ojo y la psicología de la mirada fija	66
CAPÍTULO 3. Palabra: sentido, narrativa y acto	71
3.1. La voz del sujeto entre los discursos de la salud	71
3.2. Biografía y padecer: Sobre las causas y el porqué de la enfermedad	73
3.3. El observador y sus explicaciones	76
3.4. Orígen de lo humano: el lenguaje	87
3.5. Conversaciones y narrativas: el abordaje desde la historia de vida	92
3.6. Reelaboración y la pragmática de la palabra	93
CONCLUSIONES	98
REFERENCIAS	127

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación fue analizar el proceso salud enfermedad en relación con variables culturales y sus implicaciones en la clínica. Asimismo, describir este proceso como multifactorial a partir del análisis de prácticas médicas relegadas por la nosología contemporánea. A partir de ello, se propone que el análisis de distintos conceptos y aproximaciones teóricas, nos permite elaborar una clínica que integre variables históricas y biográficas en la construcción de la realidad diagnóstica y el tratamiento.

En el primer capítulo, a partir de los planteamientos de Canguilhem (1986,1989), se aborda el proceso de salud-enfermedad mediante el concepto de normatividad, entendida como una necesidad vital permanente; en consecuencia, es posible abordar la salud-enfermedad en términos de un restablecimiento del organismo hacia una organización que le permita tener desempeños con el máximo orden y el mínimo de desconcierto en un ambiente determinado. Cuando el cuerpo deja de ser normativo; es decir, que no logra crear nuevas normas o desempeños, enferma. La normatividad es puesta en relación con el concepto de autopoiesis, propuesto por Maturana (1994, 2002, 2006) para caracterizar al organismo vivo. Asimismo, conceptos desarrollados a partir de la teoría psicoanalítica, como la intersubjetividad, conversión y somatización nos permiten abordar las expresiones de un organismo vivo, sus instancias psíquicas y su relación con los otros en el proceso de salud-enfermedad (Muller, 2009, Fernández Gaos, 2009). Estos planteamientos llevan a establecer una relación con la fenomenología, y la postura de Merleau-Ponty (citado en Citro, 2006) con respecto a las posibilidades del cuerpo enfermo, en donde el sujeto no puede ser entendido sin una ineludible relación con el mundo. Por lo tanto, las constantes fisiológicas en el ser humano, son entendidas como el resultado de una interacción entre naturaleza y cultura, lo que da lugar a plantear la existencia de una epidemiología cultural.

Se señala que el modo de producción determinado por cada sociedad, el lugar que se ocupa en ella, así como las influencias ambientales de las que el ser humano se abstrae o no, juegan un papel determinante en la manera de enfermar de los cuerpos, dando lugar a perfiles epidemiológicos que no son explicables mediante cambios biológicos en la población o en

función del desarrollo de la práctica médica (Hersh y González, 2011; Ocampo, 2016). Sin embargo, no suponemos que la única relación con variables culturales se encuentre en estos términos. Por lo tanto, se utiliza el concepto de intersubjetividad, que nos permite articular la relación del sujeto con su medio ambiente en términos de la vida afectiva (Mueller, 1980).

Asimismo, al establecer la enfermedad como una forma de vida en relación con la biografía del sujeto, se destaca su participación en la curación y en la enfermedad, así como las razones que el enfermo considera involucradas con ésta, lo que supone un cambio de perspectiva con respecto de la práctica médica (Fernández Gaos, 2009). Se hace énfasis en que el modelo fisiológico de la enfermedad surge como una necesidad de elaborar una patología eficaz; sin embargo, se señala que la fisiología de un organismo tiene una historia (Canguilhem, 1986). En consecuencia, lo que Canguilhem denomina "modos de andar fisiológicos", nos permite hacer una aproximación al proceso salud-enfermedad bajo el supuesto de que existen distintas maneras en que el organismo encuentra o no, los mejores desempeños en un ambiente biológico, cultural e intersubjetivo.

Finalmente, se señala que existen diversos discursos de la salud que otorgan una explicación a la enfermedad, generando historias prefabricadas y una nosotaxia que inscribe al sujeto en las coordenadas de una enfermedad como un conjunto de síntomas, en donde el sujeto no sabe nada de su enfermedad (Fernández Gaos, 2009). Asimismo, se pone de manifiesto que organismo y cuerpo no son términos intercambiables en tanto que el primero se inscribe en términos de fisiología, mientras que el segundo, en términos de representación. En consecuencia, el cuerpo no se agota en su fisiología, sino que se constituye a partir de la relación con los otros (Fernández Gaos, 2009). A partir de estos planteamientos es que es posible establecer una primer analogía con respecto de las culturas con una visión holista del cuerpo.

En el segundo capítulo, a partir de Le Bretón (2002) se plantea que entre las prácticas culturales no existe una relación en términos de progreso. Asimismo, el autor señala que no existe una naturaleza del cuerpo, sino que este se constituye a partir del sentido que se le otorga en cada sociedad humana en particular. Estos planteamientos son puestos en relación con la perspectiva de Fernández Gaos (2009), quien señala que el cuerpo se encuentra sujeto

a las vicisitudes de los regímenes culturales. Posteriormente, siguiendo a Le Bretón (2002) se menciona que la categoría de “cuerpo” como elemento aislable del sujeto que lo ostenta, es desconocida a muchas culturas. Por lo tanto, a partir de ello se menciona que, en la visión holista del cuerpo, éste no encuentra su fundamento en los límites de su anatomía, sino en un conjunto de relaciones con el mundo, lo cual Le Bretón ejemplifica mediante el pensamiento africano de los Dogon, y mediante las raíces léxicas de los cuatro elementos en el euskaro, de donde derivan los nombres del cuerpo. Todo ello es puesto en relación con algunas raíces léxicas de las lenguas otomangues de mesoamérica *tu'un savi* y *diidxazá*.

Posteriormente, a partir de los planteamientos de Chiozza (1998, 2018), se menciona que existen significados inconscientes en las distintas manifestaciones físicas en los cuadros patológicos; en consecuencia, éstos han sido considerados solamente como enfermedades del cuerpo, por lo que no formaban parte de la investigación psicoanalítica. Por lo tanto, a partir del autor se destaca el valor terapéutico de la abreacción y de la influencia de los afectos en el proceso de salud-enfermedad. Se menciona que un evento traumático que no es procesado debidamente, da lugar a un afecto arrinconado, desligado de una cadena asociativa y que adquiere un lugar de realidad mediante el síntoma somático. Para Chiozza, a partir de estos eventos se forma una “clave de inervación” en relación con un conjunto de secreciones y movimientos que constituyen la descarga típica para determinado afecto. En este sentido, es que el autor postula que en las distintas enfermedades existen significados inconscientes.

Asimismo, se señalan los planteamientos de Chiozza (1998) con respecto de una aproximación a la enfermedad hepática mediante el estudio de las etimologías de “melancolía” (bilis negra), y de amarillo (deriva de *amarellus*, diminutivo de *amarus*, que es amargo), con la finalidad de poner de manifiesto las fantasías inconscientes sobre los órganos en los trastornos hepáticos. A su vez, el autor se vale del mito de Prometeo para esclarecer la influencia del contenido inconsciente en las representaciones hepáticas, y su relación con la envidia, los celos y la enfermedad.

En consecuencia, se plantea que la excreción de fluidos del hígado se encuentra ligado a un mecanismo psico-corpóreo o proceso mental de incorporar el objeto idealizado. En función del análisis mítico y etimológico de Chiozza (1998, 2018) en la representación de

los procesos metabólicos, se realiza una revisión sobre el hígado como una entidad anímica en la cultura Kewa (López Austin, 1989) y analogías que se encuentran con la cultura Binnizá (zapoteca) y Ñuu Savi (mixteca).

Posteriormente, a partir de Pitarch (2013) se plantea que el “pliegue”, en la cosmovisión tzeltal, es una condición que permite el tránsito entre el estado solar o visible y el mundo de los espíritus, que se caracteriza por inestabilidad permanente; supuesto que nos permite plantear el carácter transformacional de los dioses en la incesante oscilación del estado *chu'ul* o de “el otro lado”, en relación al concepto psicoanalítico de “condensación” en función de la censura en la lectura del contenido latente. Asimismo, se menciona que la curación tzeltal, que consiste en la “extracción de palabras intrusas” causantes de la enfermedad mediante la introducción de otro texto, tiene un valor restitutivo en una cadena asociativa en función de un evento traumático.

Asimismo, se mencionan los postulados de Lévi-Strauss (1995), con respecto de sus estudios de la cultura Cuna en Panamá. El autor explica la cura *shamánica* en el caso de la mujer parturienta, quien tenía dificultades durante el procedimiento del parto, sobreponiéndose a un desorden orgánico verdadero, en función de lo que Lévi-Strauss denomina “eficacia simbólica”. Para el autor, la eficacia simbólica es el proceso mediante el cual se da un paralelismo entre el mito y las operaciones, señalando que la perturbación psicopatológica es accesible al lenguaje de los símbolos y la metáfora verbal. Por lo tanto, para Lévi Strauss, la cura que denomina “*shamánica*”, tiene su fundamento en la búsqueda de una reorganización estructural en donde el enfermo vive intensamente un mito análogo a cuya formación se quiere obtener en el cuerpo. Por lo tanto, Lévi-Strauss supone la existencia de una propiedad inductora de algunas estructuras, respecto de otras, en los diferentes niveles del ser vivo.

Asimismo, a partir de Lévi-Strauss (1995) se señala que el valor traumatizante de una situación cualquiera se encuentra determinada por un contexto psicológico, histórico y social y no por características intrínsecas. En consecuencia, se plantea que el inconsciente no opera como receptáculo de la memoria, sino como una instancia en donde el discurso o vocabulario adquiere una significación para el sujeto y los otros. Por lo tanto, a partir de lo señalado por

el autor, es posible establecer una analogía entre la cura psicoanalítica y la cura *shamánica*, en tanto que ambas buscan propiciar una experiencia en el sujeto mediante la reconstrucción de un mito que el enfermo revive, ya sea como mito individual o colectivo.

Asimismo, se discuten las diferencias y similitudes entre la situación analítica y la cura *shamánica* a partir de los planteamientos de Zafiropoulos (2010). El autor señala que, en la situación analítica, el analista opera como un escucha, mientras que en la cura *shamánica*, es el *shamán* quien actúa como orador a fin de establecer relaciones directas e indirectas con el consciente e inconsciente del sujeto, a fin de que este sea capaz de sobreponerse a un desorden orgánico mediante la identificación con un *shamán* míticamente transmutado. En consecuencia, añade el autor que, en la cura esquizofrénica, el paciente produce su mito, y el sanador ejecuta las acciones, mientras que en la cura *shamánica*, el mito es proporcionado por el sanador, mientras que el paciente realiza las acciones. Para Zafiropoulos, la sociedad industrial no deja lugar para el mito, solamente en el sujeto mismo, por lo que la neurosis puede ser entendida como una organización mítica; es decir, como una inscripción simbólica a través de la cual el sujeto produce síntomas y complejos.

Posteriormente se aborda el caso de la entidad nosológica de raigambre nahua denominada *pipinahuiztle* (vergüenza), a partir del concepto de abreacción y del mito como inscripción simbólica que se encuentra involucrada en la manera de enfermar. Mediante los datos etnográficos proporcionados por Hersch y González (2011), es posible abordar el *pipinahuiztle* como resultado de un acontecimiento traumático que no puede llegar a la elaboración consciente. A su vez, esta enfermedad se relaciona con la vergüenza, por lo que es puesto en relación con las convenciones normativas de cada cultura y en función de las transgresiones a la normatividad social. Por lo tanto, se plantea que los cantos curativos para el *pipinahuiztle* tienen la función de que el sujeto enfermo pueda relativizar el evento del que se siente moralmente responsable. Asimismo, se analizan los actos curativos a partir del mito, como la advocación de la desvergüenza *Ixcuina*, mediante el uso de sal o tierra. En este sentido es que se plantea que la etiología del *pipinahuiztle* se encuentra en relación con las normas sociales y los afectos que a partir de ellas se tramitan. Por lo tanto, el susto en la cultura zapoteca y huave, así como su tratamiento, son abordados a partir de los mismos elementos que la “vergüenza”.

Posteriormente, mediante los casos etnográficos de F.García (2011) sobre el *mizcotón*, se menciona que las prácticas de sanación colectiva han sido utilizadas en diversos sistemas médicos históricamente, propiciando que distintos elementos operen sinérgicamente; desde el intento de sanar, así como los esfuerzos que realiza la comunidad para la curación mediante diversas formas de acompañamiento colectivo. En este sentido se señala que, en diversas culturas holistas, el sujeto se constituye de un sistema de relaciones abiertas y relativas. Asimismo, se mencionan los conceptos de Goffman (2005) de “cara” y “línea” como elementos que nos permiten vislumbrar la manera en que un sujeto obtiene aceptabilidad dentro de un contexto determinado por el lenguaje y a partir de una ideología.

Asimismo, se mencionan los planteamientos de Peña (2000) con respecto de las diferencias entre el psicoanálisis y la cura denominada “chamánica”, en tanto que la primera no apela al mito colectivo, por lo que no apuntala el ego. En consecuencia, Peña plantea que la propuesta lacaniana tiene un carácter subversivo que le diferencia de la cura chamánica, puesto que ésta apela a la falsedad del mito individual.

Finalmente, se plantea el “mal de ojo” en relación con lo que Siebers (1985) llama “psicología de la mirada fija”. Se propone que los estados patológicos permiten una comprensión directa de la lógica supersticiosa que se encuentra también en sujetos definidos como normales. Para el autor, la mirada de los otros nos introduce en una lógica supersticiosa de las relaciones interpersonales en donde se otorga una investidura de forma inconsciente a la mirada de los otros y su poder para influir en los demás. Asimismo, el “mal de ojo” se aborda a partir de lo que Siebers denomina “pensamiento categórico”, en el sentido de denuncia o acusación pública. Por lo tanto, la idea de que la mirada del otro tiene poder para influir, es puesta en relación con la responsabilidad de una cadena de causas que le da coherencia a los eventos ocurridos. En consecuencia, para Siebers, el “mal de ojo”, común a diversas culturas del mundo, puede ser entendido desde la mirada del otro y la lógica acusatoria, lo que nos permite aproximarnos a la manera en que opera la intersubjetividad en los procesos de salud enfermedad.

En el tercer capítulo se menciona que distintos discursos pretenden dar cuenta del sujeto, asignándole un sentido y un proyecto que dispone sus posibilidades. En consecuencia,

mediante el cuerpo es que se denuncian otros lenguajes que son silenciados (Fernández Gaos, 2009). Para Fernández Gaos, la propuesta psicoanalítica sostiene que el sujeto no puede ser acotado por discursos ajenos, siendo el sujeto un artificio o creación discursiva que crea la ilusión de algo aprehensible. Asimismo, se destaca el hecho de la responsabilidad del sujeto con respecto de sus propias caracterizaciones.

Posteriormente, se mencionan los planteamientos de Chiozza (1998) con respecto de las causas y el porqué de la enfermedad. Para el autor, la postura dicotómica de la enfermedad, es decir, el establecimiento de la distinción entre somatogénesis y psicogénesis queda superada en tanto que estas son distinciones discursivas sobre un mismo fenómeno global. En consecuencia, establece que existen condiciones necesarias pero no suficientes en la enfermedad. El autor ejemplifica, mediante el caso de un hombre con dolor en el hombro, la existencia de conflictos particulares y específicos como correlato de síntomas ligados simbólicamente con aspectos biográficos. Por lo tanto, señala que pueden existir causas necesarias pero no suficientes en lo orgánico, y que junto con otras causas necesarias, deviene la enfermedad.

Asimismo, se mencionan los postulados de Maturana (2002), quien plantea la existencia de distintos dominios de explicaciones, en relación con los señalado por Chiozza (1998). Para Maturana, un dominio de explicaciones o dominio cognitivo, es el resultado de un consenso entre observadores que aceptan las mismas explicaciones. De igual manera, se señala que los dominios cognitivos pueden o no ser intersectantes; si no lo son, una afirmación o acción elaborada desde determinado dominio, no es válida en otro.

En consecuencia, Maturana (2002) plantea dos caminos de la objetividad. El primero lo llama “objetividad sin paréntesis”, la cual es una postura en donde la realidad existe de forma independiente del observador y su praxis. En este camino, el observador conoce la realidad mediante sus habilidades cognitivas. En la segunda postura, que el autor sostiene, es preciso dar cuenta que todo observador parte de un camino explicativo en donde la emocionalidad altera las premisas básicas de elección de determinados argumentos explicativos.

Asimismo, se señalan los planteamientos de Devereux (2003) con respecto de las reciprocidades entre observador y sujeto. El autor menciona que el estudio científico del ser humano se encuentra impedido por ansiedades que suscitan un traslape entre observador y sujeto. Añade que la subjetividad del observador puede ser un camino a la objetividad, en función de lo realmente posible y no de lo esperado. Por ello, destaca la importancia de la contratransferencia en el quehacer científico del comportamiento. De igual manera, destaca que en el escenario de la observación, también aparece una contra-observación que modifica el fenómeno en comparación al mismo evento en ausencia del observador.

A su vez, se menciona la importancia de las variables intermedias. Es decir, aquellas que corresponden a determinado campo del conocimiento. Devereux (2003) menciona que los registros conductuales operan con registros sobre variables físicas. Para el autor, el ser humano es un ser cronoholístico, es decir, que su estado se encuentra en relación a los eventos de su vida, por lo que no es posible abordar los fenómenos comportamentales mediante variables físicas (topografía, latencia, frecuencia, intensidad) en el momento de la observación.

Posteriormente, se menciona que existe un automodelo idealizado somático, psicológico y cultural, a partir del cual se establece una línea base para el diagnóstico, lo cual lleva al autor a plantear la necesidad de cuestionar los criterios o conceptos aparentemente científicos de normalidad mediante la etnopsiquiatría (Devereux, 2003). A su vez, Devereux (1958) señala que existen teorías pseudo correctas, a las cuales se llega a través del conocimiento fundamentado en el pensamiento mítico y no en una serie de observaciones sistemáticas. Menciona la similitud entre la teoría de los *Sedang Moi* de Indochina en relación con la teoría de la conductividad nerviosa y la teoría *Mohave* sobre las convulsiones, en relación con la teoría psicoanalítica. En consecuencia, para el autor, la posición del observador no es un hecho lamentable, sino una fuente de datos complementarios.

Posteriormente, se menciona que en la historia evolutiva del linaje al que pertenecemos, lo humano tiene su origen en la aparición del lenguaje. A partir de Maturana (2006) se plantea que cada especie es un linaje o sistema de linajes conservándose de forma transgeneracional. Asimismo, destaca que el ser vivo es un sistema dinámico en relación con

el medio ambiente, esta configuración dinámica de relaciones ontogénicas adoptadas, definen la identidad de un linaje, mientras que la constitución genética de un organismo, delimita las ontogenias posibles.

Para Maturana (2006) el origen del lenguaje representa una modificación en el fenotipo ontogénico, lo que ocasiona un cambio en adelante para el linaje. Para el autor, el modo de vida conservado por un sistema de linajes, dio lugar al surgimiento del lenguaje que, a su vez, establece un nuevo modo de vida. Por su parte, Lara (Lara, L.F., comunicación personal, 13 de junio de 2018) menciona que la lengua es un fenómeno histórico, por lo que cada una refiere la realidad de forma distinta. En consecuencia, menciona que las lenguas no son meras nomenclaturas, puesto que de ese modo no podría existir la metáfora. Tampoco existen conceptos universales; para el autor, los fonemas adquieren un sentido a través de lo que se denomina “forma”.

A su vez, Lara señala que Piaget (Lara, L.F., comunicación personal, 13 de junio de 2018) plantea el surgimiento de la forma en relación con el desarrollo del lenguaje en el infante. Esto ocurre a través de la ampliación de esquemas que inicialmente consisten en reflejos naturales. Mediante los procesos de asimilación y acomodación, el esquema de llorar se amplía hacia la producción de sonido en función de las nuevas necesidades del niño.

Posteriormente, se mencionan los postulados de Echeverría (2003) donde menciona que el ser humano se crea a sí mismo a través del lenguaje, en tanto que este tiene la cualidad de ser generativo. Asimismo, se destaca la importancia de que la complejidad de los fenómenos humanos no deben restringirse a la dimensión lingüística, en tanto que el fenómeno humano no se agota en esta dimensión. Sin embargo, para Echeverría, el asumir al ser humano como un ser lingüístico tiene como consecuencia que éste está “abierto al diseño”. El autor no niega la existencia de una realidad independiente y externa al lenguaje, pero señala que esta no puede ser nombrada o cognoscible si no es mediante algún lenguaje.

Asimismo, a partir de lo señalado por Echeverría (2003) se menciona que los seres humanos inventan y narran historias que otorgan sentido a lo que nos rodea, e incluso, nuestra propia identidad se construye a partir de historias sobre nosotros mismos. Desde la perspectiva de Echeverría, todas las explicaciones son historias, más o menos efectivas o

fundadas de manera distinta. En consecuencia, establece que tanto mito como explicaciones científicas, son narrativas que se producen acerca del mundo.

Posteriormente se añaden los planteamientos de Aceves (2013), quien señala que la historia oral cubre un vacío manifiesto en la práctica historiográfica contemporánea, en tanto que puede aportar un conocimiento profundo de los procesos socio-históricos y culturales. Añade que la historia oral se plantea la necesidad y la pertinencia del ámbito subjetivo de la experiencia humana mediante el recurso metodológico de la historia de vida, a través del cual es posible vislumbrar experiencias vitales de los individuos en su acción dentro de la sociedad y la manera en que resultan relevantes, o no, las vivencias personales en los marcos institucionales.

Finalmente se mencionan los planteamientos de Freud (1986, p.149) con respecto del desarrollo de la técnica psicoanalítica, la cual ha experimentado alteraciones desde su comienzo. El autor menciona que, en un primer momento de la técnica o “fase de catarsis breueriana”, ésta se orienta al momento de la formación del síntoma, teniendo como objetivo reproducir los procesos psíquicos de una situación traumática y guiar estos procesos a través de una actividad consciente, siendo el recordar y abreaccionar las metas que se pretende alcanzar mediante la hipnosis. Posteriormente, y habiendo sustituido el método de la hipnosis por las asociaciones libres del analizado, la técnica se orientó en deducir aquello que el sujeto se niega a recordar, por lo que se realiza un trabajo interpretativo y la comunicación de resultados al paciente (Freud, 1986).

A su vez, se menciona que uno de los aspectos fundamentales de esta etapa de la teoría psicoanalítica, consiste en dar cuenta de que el analizado no recuerda nada de lo olvidado y reprimido; sin embargo, lo actúa. En otras palabras, el contenido no se produce como recuerdo sino como acción, en consecuencia, el sujeto lo repite sin saberlo. Asimismo, para el autor, la meta en esta etapa del psicoanálisis, consiste en reproducir un ambiente psíquico o una lucha con el paciente, que le permita reelaborar sus experiencias anteriores. A su vez, se añaden los planteamientos de Zweig (citado en M. García, 2011) quien menciona que en el método psicológico o la “cura psíquica”, el paciente es un sujeto al cual se le exige la actividad de sustentar la cura.

Por su parte M. García (2011) señala que el orden en la producción de significaciones es tanto semántico como pragmático, por lo que se destaca que el mecanismo de intervención de la eficacia simbólica, no sólo se da en términos de comprensión de la estructura inconsciente de las representaciones que le determinan, sino a partir de la posibilidad de hacer emerger los esquemas constitutivos de toda representación. En este sentido, se añade lo postulado por Malinowsky (1974, citado en M. García, 2011) quien señala que el lenguaje constituye una forma de actuar, por lo que no solamente tiene valor como medio de expresión del pensamiento, sino que supone un valor pragmático activo en el comportamiento humano. Es decir que, las palabras no tienen como función primaria transmitir el pensamiento, sino que unifican y coordinan las actividades del cuerpo. Por lo tanto, se plantea que, además de su valor semántico, la palabra tiene un valor pragmático y de acto que involucra un comportamiento del cuerpo.

Finalmente, en las conclusiones se plantea que el proceso salud-enfermedad se encuentra en relación con variables culturales, y que es posible dilucidar éste proceso mediante los conceptos de “montante de afecto” y “claves de inervación”, y en función de los mitos y metanarrativas de cada sociedad, en tanto que éstas determinan, en función del inconsciente estructurado como un lenguaje, la manera en que los afectos suponen una experiencia de la “carne” en particular en relación a las normas sociales establecidas (Chiozza, 1998, 2018; Fernández Gaos, 2009; Citro, 2006; Aceves, 2013; Goffman, 2005; Hersch y González, 2011). En este sentido se realizan diversas analogías entre la concepción del cuerpo en culturas holistas y el proyecto epistemológico del psicoanálisis, en donde se destaca el valor de la subjetividad e intersubjetividad en los procesos patológicos.

A su vez, se destacan las implicaciones en la clínica de abordar de manera conjunta aspectos biográficos y aspectos fisiológicos; por lo tanto, se toman los planteamientos de Maturana (2002) y Chiozza (1998) con respecto de los dominios cognitivos, mismos que pueden ser intersectantes o no, con otros dominios de explicaciones, para definir el proceso salud-enfermedad como multifactorial, destacando que estos factores pueden operar en distintos dominios cognitivos como “causas necesarias pero no suficientes de enfermedad”, y que se encuentran supeditadas al corte ontológico a la realidad que realice el observador y las distinciones en el lenguaje que éste realiza. De igual manera, se establece que la cura

mediante la palabra tiene su fundamento en el valor pragmático y semiótico de la palabra, mismo que ha sido utilizado por distintas terapéuticas para el tratamiento y para una etiología en relación con aspectos ambientales, inclusive en términos afectivos.

1. Salud y Enfermedad: La vida como acontecimiento

1.1 Normatividad biológica

A partir de la búsqueda de los médicos de comienzos del siglo XIX de una patología eficaz y racional, surge como modelo más cercano al ideal el de la fisiología. Con la influencia de la filosofía positivista, se plantea que salud y enfermedad son solo distintas cuantitativamente, y que estas diferencias podían ser mensurables, logrando identificar mediante la medición, el estado fisiológico sano de uno mórbido (Canguilhem, 1986).

Canguilhem (1986) menciona que en el laboratorio hay cosas susceptibles de valorarse cuantitativamente, pero estos datos no tendrían valor de no estar vinculados a la clínica, es decir que al investigar y determinar constantes e invariantes que definen los fenómenos de la vida, el fisiólogo está haciendo un trabajo científico, pero no es así al momento de investigar el sentido de estas invariantes y calificarlas como normales o anormales. El síntoma cobra sentido en la clínica, en donde el organismo (con funciones interdependientes) presenta una perturbación global; el autor se pregunta “¿Qué es una complicación separada de lo que ella complica?”. Por ello, el autor señala que un atleta de alto rendimiento puede tener un pulso cardiaco de 40 pulsaciones por minuto, mientras que éste mismo pulso cardiaco resultaría catastrófico en una persona sedentaria; en consecuencia, el fisiólogo es capaz de explicar las funciones que adoptan en sus “modos de andar” dos organismos de manera idéntica (objetivamente-cuantitativamente), sin que para estos dos organismos se trate de una situación igual.

Por ello Canguilhem (1986) se plantea la interrogante sobre si la enfermedad es un fenómeno al que nos podemos aproximar de manera objetiva, puesto que la distinción entre lo fisiológico y lo patológico no es una realidad de tipo fisicoquímica, sino de valor biológico, es decir, una diferencia cualitativa. Por lo tanto, la normalidad no tiene un carácter colectivo, sino con respecto del sujeto mismo. En consecuencia, no se puede admitir un orden estadístico como criterio de patología, ni ésta última orientarse solamente a la fisiología.

Para Canguilhem (1986) el hecho de que un ser vivo reaccione con una enfermedad ante una lesión, infestación o anarquía funcional, revela que la vida no es indiferente a las condiciones en las que ella es posible. La vida es polaridad y con ello posición inconsciente de valor o actividad normativa. Instituir nuevas normas consiste en un conjunto de reacciones privilegiadas ante las condiciones del medio. El autor señala que la “norma”, en específico las normas vitales, no tienen un carácter humano, a manera de una interpretación antropocéntrica, puesto que este proceso es entendido como una necesidad vital permanente. Añade el autor que inclusive en organismos de una organización inferior a la de los vertebrados, se observan comportamientos hedonistas y de auto curación.

En consecuencia, Canguilhem (1989) plantea que la polaridad dinámica de la vida se manifiesta en la normatividad, dando lugar a una patología biológica, ante la no existencia de una patología física o química. Es decir que cuando un organismo es incapaz de admitir nuevas normas, no está violando leyes físicas o químicas, sino las de su propio funcionamiento. Para el autor, el desarrollo de la técnica médica tiene su fundamento en que ningún ser vivo podría haberla formulado, sino es por la característica de los seres vivos de no ser indiferentes a las condiciones donde se encuentran, es decir, siendo reactividad polarizada frente a las variaciones del medio.

Goldstein (citado en Ostachuk, 2015) señala que, de los eventos disponibles en el mundo exterior, existen aquellos que son estímulos para el organismo y con los cuales desarrolla desempeños adecuados y efectivos. Cuando no es posible para el organismo desarrollar desempeños adecuados, el cuerpo entra en un estado de reacciones catastróficas, característica del estado de enfermedad, que le impiden tener una relación de constancia y equilibrio con su ambiente, característica del estado de salud.

Al ser la normalidad definida como una relación adecuada entre el individuo y su ambiente, el proceso salud-enfermedad tendría que ser entendido en los términos de cada situación particular. Recuperar la salud es adquirir un nuevo orden, distinto al anterior, desarrollando nuevos desempeños que permitan al organismo relacionarse con el ambiente que le era hostil con la norma anterior (Ostachuk, 2015).

Por su parte, Guyénot (citado en Canguilhem, 1989) señala que el organismo tiene un conjunto de propiedades que le permiten resistirse a múltiples causas de destrucción, siendo el medio ambiente casi siempre una amenaza para la existencia del organismo, éste no podría subsistir si no tuviera ciertas características como la coagulación, cicatrización, etc. Considero pertinente mencionar que, de las múltiples características que permiten al organismo su supervivencia, todas éstas le permiten conservar su individualidad.

Para Klein (citado en Canguilhem, 2009) es preciso que el fisiólogo y el médico consideren al organismo como una individualidad, aun cuando en el análisis experimental del organismo algunas partes sean aisladas, éstas no pueden concebirse como separadas. Descartes (citado en Canguilhem, 2009) utiliza el término “fábrica” para describir el orden del organismo vivo, atribuyendo a dicha fábrica de los músculos y nervios la facultad de otorgar la fuerza al organismo para realizar sus movimientos, mientras que, en el animal, la naturaleza estaría actuando en función de la disposición de los órganos. Canguilhem (2009) menciona que fábrica y disposición son términos tecnológicos más que anatómicos. Para el autor, este modelo tecnológico reduce la fisiología a la deducción anatómica. Si la parte está subordinada a un todo, entonces la estructura de la máquina orgánica sería un todo compuesto de partes. Sin embargo, esta concepción es rechazada a partir de la primera mitad del siglo XX con el desarrollo de la teoría celular. Los fenómenos de regeneración, reproducción, adquisición del estado adulto a partir del embrionario, etc. no son comprensibles desde un modelo tecnológico, en el cual el organismo no tiene responsabilidad de su organización.

Al reconocerse la célula como elemento morfológico de los cuerpos organizados, el todo deja de ser entendido como un ordenamiento de órganos para pasar a ser una totalización de individuos. Canguilhem (2009) menciona que la influencia de Leibniz en la concepción de la célula es la de darle el estatuto de individuo, sujeto de funciones y no solo herramienta. La parte resulta entonces dependiente de un todo que se ha constituido para su sostén, estando el todo y la parte en una relación de integración.

Sin embargo, Canguilhem (2009) advierte que el organismo no es una sociedad a pesar de lo que sugiere su estructura de organización, debido a que ésta consiste en la solución del problema de compatibilidad con el ambiente, siendo la organización un hecho intrínseco

para el organismo vivo, mientras que en una sociedad la organización consiste en un quehacer. Goldstein (citado en Canguilhem, 2009) menciona que la biología se ocupa de individuos que tienden a existir y realizar su capacidad lo mejor posible dentro del ambiente. En consecuencia, los desempeños del organismo vivo son sólo comprensibles en relación al proceso fundamental de la autorrealización del individuo; siendo el proceso contrario, el de la desintegración con el medio con la pérdida de la individualidad, la muerte.

Canguilhem (1986) señala que la vida no es sumisión al medio ambiente, sino institución de su propio medio ambiente. Las constantes fisiológicas son la expresión de una estabilidad ordenada del comportamiento para un organismo en determinadas condiciones ambientales. Las normas orgánicas se encuentran determinadas a partir de interacciones entre naturaleza y cultura. El metabolismo está influido por el clima a través de milenios y el medio ambiente también es producto del ser vivo puesto que éste se sustrae o no a determinadas influencias. Por ello el autor menciona que el ser humano, al inventar géneros de vida, inventa modos de andar fisiológicos. En otras palabras, la forma y las funciones del cuerpo humano no son solamente la expresión de las condiciones que el medio ambiente crea para la vida, sino también son la expresión de modalidades de vida en el medio ambiente socialmente adoptado.

El organismo es para Canguilhem (1986), una reactividad polarizada frente a las variaciones del medio, el individuo enfermo tendría esta condición por su incapacidad de admitir nuevas normas y “modos de andar en la vida”, que el autor define como “el conjunto de reacciones privilegiadas de que es capaz un organismo al responder a las exigencias del medio ambiente, entrañando el máximo de orden y el mínimo de desconcierto” Canguilhem (1986, pp.140). Asimismo, el organismo sano tiende a afrontar situaciones nuevas y a instituir nuevas normas; por lo que el autor señala que al ser la vida acontecimiento, la fisiología tiende a la historia. El autor plantea que la fisiología tendría entonces que ser una ciencia de los modos de andar en la vida de forma estabilizada. Éstos sólo podrían estabilizarse después de haber sido “probados”, por lo tanto, desde esta perspectiva, el orden de lo normativo comienza con la infracción.

El conocimiento sobre la fisiología se construye a partir de la patología, de las formas inéditas de ésta y la manera en que revelan las funciones del cuerpo; los modos de andar inéditos pueden tener una superación en nuevas constantes, lo que el autor (Canguilhem, 1986) denomina “valor propulsivo”, o bien ser una constante en la que todo el esfuerzo ansioso del ser vivo tenderá a preservar de toda perturbación, dejando de ser normativo. En el primer caso la norma se instituye como expresión de una preferencia o voluntad de sustitución de cosas insatisfactorias por otras satisfactorias. El autor menciona que es a partir de la introducción de nuevas variables en el orden de la vida (acontecimientos) que es posible conocer al ser humano normal.

Maturana y Varela (1994) señalan que la noción de autopoiesis es necesaria y suficiente para caracterizar la organización de los seres vivos, los autores definen la organización autopoietica como una serie de procesos concatenados de una manera específica, en donde dichos procesos participan en la producción de los componentes que constituyen y especifican al sistema como una unidad, transformando la materia en sí mismo. De esta forma el organismo autopoietico subordina sus cambios a la conservación de su propia organización. Considero que es posible entender el concepto de “valor propulsivo” en Canguilhem, a partir del concepto de autopoiesis para caracterizar al sistema vivo. De manera específica con respecto del proceso de salud-enfermedad, puesto que en la auto-organización del organismo vivo en relación con su ambiente es que se juega la salud y la vida.

De acuerdo con Leriche (citado en Canguilhem, 1986), la salud sería la vida en silencio de los órganos y la buena salud un margen de tolerancia con respecto de las infidelidades del medio ambiente, es decir, frente a los acontecimientos. La salud es entendida por Canguilhem como la capacidad de enfermarse y restablecerse, a partir del valor propulsivo de la vida, mientras que la enfermedad es definida por el paciente, quien es el que se siente “diferente”.

1.2 Epidemiología cultural y la vida entre los otros.

Si el ser humano es capaz de producir géneros de vida, y como menciona Canguilhem (1986), con ello también crear “modos de andar en la vida” inéditos, entonces la epidemiología está ligada a las todas aquellas variables que involucran al ser humano en su relación con el mundo.

El final del siglo XIX y el inicio del siglo XX es un periodo de transición en la concepción de la salud, pues a partir de entonces ésta es entendida en términos de un proceso biológico ligado a las condiciones que rodean la vida humana, como los factores económicos, medioambientales, sociales y políticos, dando lugar a una epidemiología multicausal en vez de una epidemiología unicausal (Vergara, 2007).

Por otra parte (Hersch y González, 2011) plantean una epidemiología cultural en donde la enfermedad es entendida como multifactorial y sugiere la multiplicidad de saberes y prácticas que responden a necesidades locales, pero que han sido relegadas por categorías nosológicas que anulan otros modos explicativos de la enfermedad para dar lugar a una construcción social de la realidad diagnóstica (Hersch y González, 2011).

Laurell (1981) sugiere la existencia de una historicidad en el proceso salud-enfermedad, pues menciona que existen diversos perfiles epidemiológicos no explicables como cambios biológicos en la población ni por el desarrollo de la práctica médica. Es decir que, en función de la organización social deviene una patología colectiva diferente. Asimismo, la autora señala que inclusive las clases que componen una misma sociedad presentan condiciones de salud distintas. Para Laurell (citado en Quevedo, 1990) el proceso salud-enfermedad está determinado por la manera en que el ser humano se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación que se determina a partir del desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción. Para la autora, este proceso involucra también la “clase social” a la que el individuo pertenece, puesto que no solo el modo de producción, sino el lugar que ocupa el sujeto en este proceso, es lo que supone un determinado tipo de desgaste.

Por su parte, López (2013) señala que el estudio del cuerpo debe ser entendido como una construcción dentro de un tiempo y un espacio. En consecuencia, las enfermedades tienen que ver con un proceso social que se concreta en el cuerpo. El autor señala que este proceso socio-político se articula con la población en el momento de elaborar políticas alimentarias, sanitarias, de jurisprudencia y en el establecimiento de una hegemonía en el concepto de salud, de familia y de desarrollo.

Para describir el fenómeno de la construcción corporal y las enfermedades crónico - degenerativas de nuestro tiempo, López (2011) sugiere una aproximación epistemológica que permita articular cuerpo-cultura-emociones. Menciona que el concepto de etnia se puede ubicar en un espacio geográfico, un idioma o un conjunto de remedios en común. Sin embargo, lo étnico no solo debe abordar a la tribu como un grupo parcialmente homogéneo en usos y costumbres, sino en términos del proceso de construcción corporal de los sujetos que conformen un grupo. Este proceso, que el autor denomina “etnoemocional”, se refiere a la manera de hacer uso del cuerpo como espacio simbólico que varía entre las culturas. Si bien las emociones son intrínsecas a la condición humana, la manera de vivirlas y organizarlas en relación a la religión y los demás individuos es distinta.

Por otra parte, la fenomenología plantea la cuestión de una ineludible bilateralidad entre el sujeto y el mundo, es decir que no pueden constituirse “el yo” y “el mundo” si no es en su relación (Citro, 2006). Para Merleau-Ponty (citado en Citro, 2006) existe una doble referencia de la corporalidad, el cuerpo es un cuerpo objetivo, que puede pertenecer al orden de los objetos y a su vez es cuerpo fenoménico y sensible. El autor define a “la carne” como el depositario de la relación entre cuerpo y mundo.

La experiencia de “la carne” se presenta como característica ineludible de la condición humana, sin embargo, cada cultura es creadora de su propio sistema de representaciones, lo que da como resultado que aquella experiencia primaria de la carne adquiera diferentes modalidades de expresión, representándose de manera particular en cada concepción cultural. Esta experiencia de la carne puede adquirir mayor o menor visibilidad, o incluso ser negada según el contexto histórico y cultural. Para Citro (2006), en la

modernidad occidental la experiencia de la carne se invisibiliza en relación a un proceso de ruptura de los lazos de la persona con la comunidad, la naturaleza y lo sobrenatural.

El cuerpo es un sustrato común a todos los seres humanos, con la vida socio cultural se gestan prácticas distintas en torno al cuerpo, modos de percibir, de habitar un espacio, formas de expresar las emociones, síntomas y danzas. Bajo esta perspectiva, el cuerpo está atravesado por significantes culturales, y es, asimismo, productor de significantes en la vida social (Citro, 2006)

Battán (2008) menciona que se ha puesto de manifiesto una diferencia en la manera de hacer filosofía entre Merleau-Ponty y Georges Canguilhem. El primero, situado dentro de la filosofía de la experiencia, el sentido y el sujeto. El segundo dentro de la filosofía del conocimiento, el concepto y la racionalidad. A pesar de ello, Battán señala que ambos autores prestan especial atención a la experiencia de la enfermedad, considerándola propiciatoria de conocimiento científico, que deviene en un proyecto epistemológico común.

Asimismo, Battán (2008) pone de manifiesto que, en ambos autores, lo normal y lo patológico está mediado por una diada de inocencia-conocimiento ó ingenuidad-autoconsciencia. La inocencia en Canguilhem está en relación al estado de salud, es decir, al silencio de los órganos, durante el cual el ser humano no presta atención especulativa hacia su propia vida, mientras que la enfermedad está en el principio de esta atención especulativa que la vida dedica a sí misma, en este caso, por medio del ser humano. En consecuencia, Canguilhem (1966, citado en Battán, 2008) plantea que solo hay consciencia concreta o científica de la vida por obra de la enfermedad.

Agrega Canguilhem (1990, citado en Battán, 2008) que el individuo sano, además de vivir en el silencio de sus órganos, es un individuo ignorado por el estado y sus instituciones. El enfermo se vuelve dependiente, pide ayuda y atrae la atención, mientras que el individuo sano se adapta silenciosamente a sus actividades, estando presente en una sociedad que lo ignora. Por ello es que la salud no es entendida por el autor solamente en términos del silencio de los órganos, sino también en términos de la vida en la discreción de las relaciones sociales. Por su parte Merleau-Ponty plantea la enfermedad como ocasión para percibir otros perfiles

de la existencia humana, teniendo los accidentes en la constitución corporal, un carácter revelador (Battán, 2008).

Finalmente, Battán (2008) concluye que la experiencia de la enfermedad en Canguilhem ofrece la posibilidad de una “ciencia del hombre normal”, mientras que desde el planteamiento de Merleau-Ponty, constituye una manifestación de las limitaciones explicativas que supone la escisión entre lo psicológico y lo somático.

Por otra parte, con el surgimiento del psicoanálisis, se devela un saber con respecto a la existencia de instancias psíquicas que no tienen una localización anatómica, característica que las hace susceptibles de una interpretación en lugar de una observación, y que inciden en la conducta del organismo. Esto supone, en el problema de la salud-enfermedad, dos principales implicaciones: la primera es que la enfermedad no es una realidad solamente ligada a la fisiología, sino que existe una dimensión psíquica susceptible de enfermar y que, al tener características propias, requiere de un manejo distinto. En segundo lugar, la conducta normal o patológica estaría dotada de un sentido, o una intención. El signo pasa a ser expresión y manifestación, incluyendo la expresión física (Quevedo, 1990).

Si la enfermedad es manifestación de un conjunto de intenciones propias del individuo, las cuales dependen de la historia de constitución de sus instancias inconscientes, entonces la enfermedad es una forma de vida, en donde el diagnóstico tendría que estar en relación con la biografía del enfermo (Quevedo, 1990). En consecuencia, Quevedo (1990) sugiere que, si toda sintomatología es biográfica y asumida, ésta estaría individualizada en el sujeto.

Considero que el concepto de intersubjetividad es útil para comprender la manera en que los individuos de determinado grupo construyen significaciones que los ligan más allá de la geografía o de estímulos físicos en concreto, es decir a las maneras de relacionarse. Con respecto a la intersubjetividad Muller (2009) plantea que en primer lugar ésta consiste en el encuentro con el otro, por lo que existen muchas dimensiones enfatizables en este encuentro, dándole a la intersubjetividad múltiples significaciones. Este concepto ha sido entendido como la relación del sujeto entre sujetos (Malpas, 2000; citado en Muller, 2009), o como la relación entre dos sujetos en el que existe un involucramiento en el cual la subjetividad

individual se articula y se expresa (Frie y Reis, 2001; citado en Muller, 2009). Asimismo, se ha planteado en relación al desarrollo y al momento en el que el infante es capaz de sentir que otros son distintos a él mismo, dando lugar a la posibilidad de compartir experiencias subjetivas (Stern, 1991; citado en Muller, 2009).

En relación con la vida del sujeto entre sujetos, Lévi-Strauss (citado en Quevedo, 1990) plantea que desde la organización cultural de un grupo pueden darse formas de enfermedad y de muerte que sólo tienen sentido desde su propio contexto. El autor expone el caso de un individuo consciente de ser objeto de un maleficio, por ello se encuentra persuadido por la tradición y filiación cultural de su grupo, familiares y amigos. A partir de este momento el sujeto es separado de sus vínculos sociales y de las actividades por las cuales toma consciencia de sí. Ahora se le asigna un nuevo destino. Aquí antecede una disolución de la personalidad social a la física.

Asimismo, Muller (2009) menciona que, en Edipo Rey, tras consumir el asesinato de su padre y saber de la muerte de su madre y esposa, Edipo pide la peor pena imaginable, (Sófocles, 2004; citado en Muller, 2009), ser echado de esa tierra lo antes posible y que nadie le dirija jamás la palabra. Para Muller la pérdida de la vida social aparece como más grave que la de la vida orgánica, poniendo énfasis, no en la culpa de Edipo, sino al mundo entre sujetos del que Edipo es arrebatado como máximo castigo. Muller destaca este suceso en Edipo Rey en tanto que pone de manifiesto la vida en la intersubjetividad.

Para Muller (2009) una teoría de la intersubjetividad tendría que estar orientada al estudio de la capacidad de una relación mutua entre dos sujetos. Es decir, la capacidad de reconocer al otro y a la vez ser reconocido por este. El infante es capaz de relacionarse con el otro, no sólo en tanto entidad diferenciada, sino como otro agente poseedor de estados intencionales. Asimismo, cuando hablamos de una tercera persona, lo que hacemos es objetivarlo para poder experienciarlo y utilizarlo (Traverthan, citado en Muller, 2009), mientras que cuando nos dirigimos a una segunda persona (tú), el otro se presenta como un todo en una relación inmediata, por lo que éste otro no sería solamente objeto de nuestra experiencia, sino un sujeto que se comunica con nosotros (Crossley, citado en Muller, 2009).

Muller (2009) menciona que, desde una concepción dialógica del sujeto, las experiencias producidas en el encuentro con otras personas son circunstancias esenciales para el sujeto. Para el autor, la persona se define por la consciencia de sí mismo, que posibilita a la persona volverse sobre sí misma, situándose como objeto de pensamiento, reflexión y percepción.

1.3 La Consciencia de sí mismo: El organismo y el cuerpo del deseo

En este mismo sentido, Fernández Gaos (2009) se sitúa en los orígenes del sujeto, señalando que la realidad de quien más tarde se asume como tal, es en un primer momento, una entidad no diferenciada del resto, sin una representación propia separable. Freud (citado en Fernández Gaos, 2009) señala que la primera vivencia de satisfacción deja una huella en el organismo a la que solo se podrá acceder posteriormente de forma alucinatoria, como una reedición de la primera. Si bien Freud sitúa este proceso en el organismo, Fernández Gaos (2009) pone de manifiesto que desde esa perspectiva no hay un sujeto que experimenta las vivencias; para Fernández Gaos, en este caso la experiencia estaría descrita en términos de una reacción orgánica. Aun cuando se pueda plantear que la reacción es capaz de construir una experiencia, se estaría en el entendido de que el sujeto es un conjunto de reacciones que por sí mismas, constituyen la experiencia; esta postura sitúa al psiquismo como una condición propia del neonato que elaboraría una especie de registro de lo que sucede en su organismo desde un primer momento. Sin embargo, la vida psíquica es distinta del sentir orgánico en tanto que la primera involucra la fundación de una identidad (Céliériér, citado en Fernández Gaos, 2009). En ese sentido, el cuerpo, como identidad o representación deviene a partir de dos fuentes: las manifestaciones del deseo de otro, ver en el cuerpo del otro la demanda de una satisfacción, y de forma simultánea la instauración en el viviente de una demanda de que el otro le desee. Para el autor, es mediante este proceso que hay una “introducción de sentido” a través del deseo del otro.

En consecuencia, Fernández Gaos (2009) señala que cuerpo y organismo no son términos intercambiables, en tanto que tienen significaciones de diversa índole, por ello, el

autor establece una distinción entre lo psíquico y lo somático. Fernández Gaos menciona que en un primer momento, lo psíquico fue considerado un “evento” en relación con otros eventos, lo cual le situaba como un conjunto de acontecimientos verificables en el propio organismo o indirectamente en la práctica clínica como si ésta tuviese un sentido unívoco. Sin embargo, lo psíquico llegó a constituirse como un “aparato” lo cual lo sitúa en contraposición a lo somático, para el autor, es en éste “aparato” que se condensa lo cualitativo, cuantitativo, lo real y espacial, subjetivándolo para formar parte de una singularidad. Esta condensación es el proceso mediante el cual los órganos, entendidas como porciones somáticas, advendrán en cuerpo al ser libidinizadas (Alí, citado en Fernández Gaos, 2009). Asimismo, para Freud (citado en Fernández Gaos, 2009) el órgano resulta ser una parte del cuerpo, mientras que el conjunto de órganos no constituye al cuerpo, puesto que no es sino a partir de la libido, que se da lugar a una representación.

Para Fernández Gaos (2009) el cuerpo no se agota en su fisiología, puesto que el organismo no se vive a sí mismo, es vivido por alguien y a partir de estas vivencias es que deviene el cuerpo. Desde esta perspectiva, el cuerpo humano no solo se rige a partir de las leyes que estructuran el funcionamiento de los órganos, sino que el funcionamiento de su anatomía se ve “afectado”, por agentes subjetivos, como enfatiza el autor, por los “afectos”. En consecuencia, la historia del sujeto es partícipe de los sucesos de su cuerpo. Añade el autor que no se pretende decir que toda manifestación orgánica se deba reconocer como efecto de una subjetividad personal, aun cuando ésta siempre esté presente para el ser humano. Lo que el autor pone de manifiesto es que, para el paciente, la enfermedad es vivida como un malestar o sufrimiento que puede estar acompañado, o no, de una lesión orgánica.

Fernández Gaos (2009) menciona que es el mismo paciente quien atribuye su dolencia a factores biológicos, sin embargo, cuando estos no son encontrados, se recurre a los conceptos surgidos de la medicina “psicosomática”. El autor señala que esta postura nos sitúa nuevamente en una historia prefabricada y que además intenta su legitimidad mediante conceptos que delatan su origen biológico, como la sugestión, el estrés, placebo, etc. Devolviendo al concepto de enfermedad como equivalente al de alteración o lesión orgánica. En este sentido el doliente es nuevamente una víctima de su enfermedad de la que él no sabe nada.

En este sentido, Fernández Gaos (2009) menciona que el sujeto puede ser el autor de sus lesiones orgánicas, de su muerte y de curarse, estando este hecho de manifiesto cuando a un paciente se le dice que “luche por su vida”. Asimismo, señala el autor que el lenguaje es quien otorga un cuerpo al sujeto al volverlo pensable, y a su vez, en este mismo proceso otras vivencias son acalladas, dando lugar a un cuerpo silenciado que se hace presente mediante la enfermedad.

Asimismo, Fernández Gaos (2009) señala que a partir de los planteamientos de Freud con respecto de lo corporal se abren nuevos horizontes con respecto a la concepción y el tratamiento de las enfermedades. Esto se debe a que, para Freud, el síntoma histérico tiene un cierto valor reconstitutivo del equilibrio en la economía libidinal, mientras que el síntoma médico consiste en sí mismo un signo de desequilibrio o disfunción orgánica. Para Freud, el síntoma histérico es signo de un valor reconstitutivo, así como expresión de un deseo al que se le otorga su valor de realidad.

Por lo tanto, para abordar lo “psicosomático”, Fernández Gaos (2009) considera preciso establecer una concepción del cuerpo y de la enfermedad. En consecuencia, se plantea que es menester definir si existe un sujeto enfermo o, por el contrario, un sujeto que tiene una enfermedad. Para el autor, la formulación de este problema nos enfrenta a la necesidad de dilucidar el sujeto del que se está hablando, así como de las coordenadas en que se inscribe su enfermedad en el cuerpo. Soler (citado en Fernández Gaos, 2009) señala que, al ser sujetos del significante, estamos separados del cuerpo; es decir que el sujeto no se agota en éste, puesto que el sujeto está primero en la palabra. Por ello, el sujeto está ahí antes de nacer y permanece aún después de morir y no tener un cuerpo.

Para Fernández Gaos (2009) el cuerpo es enunciable como el resto de los objetos, lo cual lo inscribe en el mismo orden de realidad que los objetos; sin embargo, esta realidad no precede al sujeto, sino que es construida por éste. Aclara el autor que esto no significa que no exista un organismo o cosas independientes del sujeto, sino que éstas adquieren realidad y existencia en tanto el sujeto se las representa.

En consecuencia, es preciso señalar que, a partir de la revelación del saber a cerca del sujeto del inconsciente se da lugar a una ruptura epistemológica que nos lleva a entender al

cuerpo no únicamente en sus aspectos mecánicos sino como un espacio de registro simbólico (Freud, 1925). Freud (citado en Laplanche, Lagache y Pontalis, 1996) desarrolla el concepto de “conversión” para dar cuenta de los síntomas corporales que muestran una relación simbólica con las fantasías inconscientes del sujeto, es decir, una somatización. Para el autor, la energía libidinal se convierte en inervación corporal, siendo los síntomas corporales expresión de representaciones reprimidas o deformadas por los procesos de condensación y desplazamiento. El primero consiste en la aglutinación en una representación única, de varias cadenas asociativas. Para Laplanche, Lagache y Pontalis (1996) la condensación se puede explicar por efecto de la censura, para dificultar la lectura del contenido en el relato manifiesto, o como una característica del pensamiento inconsciente en términos de economía. En segundo lugar, el desplazamiento consiste en la atribución de un significado carente de importancia a un evento originalmente displacentero, por lo cual es posible evocarlo con indiferencia, sin embargo, restablecer la conexión lleva a la cura.

Freud señala que existe una predisposición por factores constitucionales o adquiridos, para que un individuo presente síntomas de conversión de forma específica en un órgano o aparato, para ello utiliza el concepto de “complacencia somática”, es decir la elección del órgano en que tiene lugar la conversión; Laplanche, Lagache y Pontalis (1996) señalan que en relación con un proceso normal o patológico o relativo del cuerpo es que se da ésta “complacencia somática”, que da a los procesos psíquicos inconscientes una salida, otorgando un órgano determinado el material para la expresión simbólica del conflicto inconsciente. Para Freud (citado en Laplanche, Lagache y Pontalis, 1996) una enfermedad somática puede servir de punto de atracción para la expresión del conflicto.

Por otra parte, Ocampo (2016) menciona que el cuerpo requiere tanto del lenguaje y del simbolismo como de la relación con los otros para conseguir la imagen de sí mismo que se convierte en significante de la unificación que el sujeto realiza de su cuerpo. Lo psicósomático es entendido como un escrito en el cuerpo, que es posible descifrar. En otras palabras, la enfermedad somática sería expresión de un conflicto inconsciente que se tramita en el organismo vivo.

En consecuencia, Ocampo (2016) realizó un estudio transversal y cualitativo sobre el síndrome del intestino irritable indagando sobre aspectos físicos, emocionales y sociales relacionados con la enfermedad digestiva, con el objetivo de conocer la función simbólica de la enfermedad relacionada con el sistema digestivo en un grupo de trabajadores a través de un cuestionario en el que se solicitó a los participantes información sobre cómo inició su padecimiento y si lo encontraron en relación a aspectos emocionales. La autora reporta que los participantes señalaron presentar situaciones de estrés y de tensión abdominal relacionados con el síndrome de intestino irritable, asimismo, pensamientos y sentimientos negativos; sin embargo, no consideran el aspecto psicológico como primordial, puesto que se atribuye principalmente a la alimentación. Ocampo (2016) señala que los participantes presentan un discurso recurrente de angustia, rabia y frustración. Sin embargo, destaca la dificultad de aislar la sintomatología de conversión en una entidad nosológica, puesto que ésta guarda una relación simbólica con la historia personal de cada sujeto.

Por su parte, Fernández Gaos (2009) menciona que el doliente demanda atender a otros referentes que le son reconocibles en la continuidad de su historia. Sin embargo, la respuesta a esta demanda es una acción fundada en un saber sobre un órgano que no es del sujeto, dando lugar a una alienación. Para Fernández Gaos, la respuesta es diseñada entonces para cualquiera que se ajuste a los parámetros previstos como causantes de la dolencia, y no para el sujeto mismo. Asimismo, el autor señala que se precisa explorar el terreno de lo reconocible para el sujeto en relación con una dolencia; es decir, los recuerdos y temores que evoca, así como los vínculos e intensidades afectivas que con ella tramita (Fernández Gaos, 2009).

En consecuencia, considero que aproximarnos a la historicidad del sujeto en la clínica, en procesos patológicos, ofrece la posibilidad de una comprensión más amplia del fenómeno. Así mismo, Cavalcante (2004, en Ocampo 2016) menciona que el sujeto pierde la responsabilidad sobre su enfermedad, en el momento en que se le aleja de su historia y de su sufrimiento, mismo que pudo haber sido ocasionado por él en su propio cuerpo.

2. Terapéutica, ritualidad y mito

2.1 La invención del cuerpo en la visión holista

Fernández Gaos (2009) señala que existen diferentes prácticas médicas con cierto grado de eficacia para resolver problemas para las que fueron diseñadas. Asimismo, menciona que en el pensamiento occidental, el saber sobre el cuerpo es una manera de representarlo, por lo que la coincidencia de un mismo mundo simbólico entre los destinatarios de su práctica médica es también un factor que propicia su efectividad. Para el autor, estas prácticas no son únicas ni más demostrables, ya que junto a ellas conviven otras prácticas derivadas de cosmovisiones distintas y sus sincretismos; estas constituyen otras maneras de representarse el cuerpo y que resultan en prácticas igual de eficaces en grupos que comparten estas representaciones.

Le Breton (citado en Fernández Gaos, 2009) menciona que entre las prácticas culturales no se puede establecer una relación en términos de progreso sino de diferencia de visión del mundo o de “ética social”. Añade Le Breton que, así como no hay una naturaleza del hombre, o del mundo, tampoco hay una naturaleza del cuerpo, por el contrario, las sociedades humanas constituyen un sentido y dan forma a su universo. En estos términos, los límites de la acción humana son límites de sentido antes de ser límites objetivos.

Para Fernández Gaos (2009) el cuerpo no es algo dado de una vez y para siempre, sino que se encuentra sujeto a las vicisitudes de los regímenes culturales y personales, mismos que son históricamente cambiantes. En consecuencia, se propone un cuerpo que no se reduce al funcionamiento de sus órganos y no es resultado únicamente de las condiciones físicas, sociales y económicas en las que se desenvuelve. El autor pone de manifiesto una dimensión subjetiva, la recuperación de ésta, implica una reformulación en torno a las concepciones y prácticas relacionadas a la salud en un sujeto que es fundamento y destinatario de las mismas.

Le Breton (2002) menciona que el concepto de “cuerpo”, como fragmento autónomo del hombre, es extraño a muchas comunidades humanas de composición holística, en las que el individuo es indiscernible de su cuerpo; de modo que éste no es objeto de escisión con respecto del cosmos, la naturaleza o la comunidad. Para el autor, estas concepciones imponen un sentimiento de parentesco, en el sentido de una participación en la totalidad del mundo viviente. Le Breton (2002) menciona que “el cuerpo como elemento aislable del hombre al que presta rostro” solo puede ser pensado en las estructuras sociales de tipo individualista, con relativa autonomía en valores e iniciativas, lo cual sitúa al cuerpo como límite fronterizo y lo vuelve factor de individuación. Por el contrario, en las sociedades de tipo comunitario, el sentido de la existencia implica un juramento de fidelidad al grupo, al cosmos y la naturaleza. En consecuencia, el cuerpo no supone un factor para la individuación, puesto que el sujeto no se distingue del grupo más que como una singularidad dentro de la armonía diferencial del grupo. En este sentido es que Le Breton (2002) menciona que las sociedades occidentales hicieron al cuerpo una posesión, más que una “cepa de identidad”.

Asimismo, Le Breton (2002) menciona que las lenguas siguen ocultando raíces precisas que unen al microcosmos del cuerpo con los elementos de la naturaleza. Ejemplifica mediante el idioma *euskaro*, en el cual existen cinco categorías que corresponden a los elementos naturales de su cosmogonía y que, a su vez ordenan los componentes de la persona humana; estos son: tierra, agua, aire, madera y fuego. Estos principios básicos proporcionan cinco raíces léxicas a partir de las cuales se desarrolla todo un vocabulario anatómico, inscribiendo una correspondencia entre el cuerpo humano y el cosmos.

De igual manera, en la lengua mesoamericana *Tu'un N̄uu Savi* perteneciente a la familia oto-mangue, es posible vislumbrar correspondencias entre la materia que forma la naturaleza y el propio cuerpo. En *Tu'un N̄uu Savi* o “palabra de la nación de la lluvia” la palabra “brazo” (*tyiyo*) equivale a “rama” de un árbol o al “ala” de un animal. A su vez, la hoja de los árboles, *na'a yutun*, es “la mano del árbol”. Existen numerosos ejemplos que dan cuenta de las categorizaciones del cuerpo y la naturaleza en esta lengua, como en el caso de la palabra “bosque” que se traduce como la panza del cerro: *tyiji yuku* (Tayisavi, K., comunicación personal, 2017)

En este sentido me parece importante señalar que, en numerosas lenguas originarias de Mesoamérica, por ejemplo, *diidxazá* (zapoteco) y *tu'un savi* que corresponden a la familia oto-mangue, así como el *náhuatl* que corresponde a la familia yuto-nahua y el *bats'il k'op* de la familia mayense, los vínculos del parentesco no se encuentran organizados en la lógica del *famulus* occidental, sino que permiten dar cuenta del sentido comunitario en el grupo. En las lenguas antes mencionadas es usual utilizar la palabra “hermano” para designar a otro individuo de la misma colectividad y de edad similar, mientras que se llama “tío” y “tía” a todos los mayores independientemente de que exista o no este parentesco en el sentido sanguíneo y de la familia occidental. En consecuencia, estos elementos permiten aproximarnos al entendimiento del cuerpo inscrito en una correspondencia con el cosmos, la naturaleza y los otros.

En la cultura occidental, a través de las obras de los filósofos cristianos, se crea una escisión entre hombre y naturaleza. Esto ocurre al atribuirle al ser humano un fragmento de una naturaleza divina denominada “alma”, lo cual deviene en la idea de separación y el argumento de ser más semejantes a los dioses mediante ésta. San Agustín añade el concepto de voluntad, como directriz de las tendencias emocionales, al enunciar que la voluntad se halla en todos los movimientos del alma, ya sean para rechazar o codiciar algo (Mueller, 1980). El vocablo latino “ánima” tiene como sentido original “soplo vital”, sin embargo, hay que destacar el hecho de que desde los griegos a los romanos, y posteriormente en la filosofía cristiana, el alma traslada su significado a una entidad en contacto con lo divino, lo cual sitúa al ser humano en una posición de desligamiento con respecto de la naturaleza y su consecuente desacralización; lo cual escinde al ser humano del resto de los seres vivos, subordinándolos a él (Mueller, 1980).

En el pensamiento occidental, Le Breton (2002) señala la existencia de una trama social en la que el ser humano está separado del cosmos, de los otros y de sí mismo. Tresmontant (1953, citado en Le Breton, 2002) menciona que el hebreo es una lengua concreta que solo nombra lo que existe, por lo tanto, no hay manera de denominar a la materia o al cuerpo, en tanto que no son realidades empíricas, a diferencia del pensamiento dualista, en donde estos conceptos constituyen entidades o sustancias separadas. Añade Le Breton (2002) que, en el caso de las sociedades africanas, la palabra “cuerpo” puede existir, sin

embargo, su sentido varía de un lugar a otro. En consecuencia, los límites de la persona no se sitúan en el contorno de su cuerpo, puesto que la identidad individual del africano no queda limitada a un cuerpo que le separa del grupo; por el contrario, es mediante el cuerpo que el sujeto se constituye como elemento que se incluye en el grupo.

Por medio del cuerpo es que, en el pensamiento africano, el individuo forma parte de una trama de intercambios de donde extrae los principios de su existencia. Asimismo, Le Breton (2002) ejemplifica mediante la idea de “bosque”, en tanto que esta puede ser distinta para el que busca oro, el turista, el niño o el adulto, etc. Para el autor, el cuerpo es categorizado en la misma lógica puesto que éste no es una realidad evidente, sino que solo existe en tanto que el ser humano lo construye culturalmente. En este sentido, añade Le Bretón que, para los Dogon, el cuerpo no encuentra su principio en sí mismo como en la anatomía occidental, sino que tiene su fundamento en la participación del sujeto en el mundo y la comunidad. Por lo tanto, en el pensamiento Dogon, la anatomía y la fisiología aparecen vinculadas al cosmos en un tejido de correspondencias, a diferencia de la tradición tomista u occidental donde la materia/cuerpo constituye el fundamento de la existencia del sujeto (Le Bretón, 2002).

En el caso de los Dogon, la persona se articula a través de diferentes planos, el primero es el cuerpo como materialidad o sustancia a partir de los elementos que forman todo lo existente, elaborando analogías entre el agua y los líquidos del cuerpo, la tierra con el esqueleto, el aire como soplo vital y el fuego como calor animal. En este sentido, el cuerpo para los Dogon es una parcela o grano del universo. En segundo lugar, la persona se constituye por ocho granos simbólicos ubicados en las clavículas, y que corresponden a los principales cereales de la región y base de la alimentación Dogon. Para Germaine y Calame Griaule, (citado en Le Breton, 2002), los Dogon, como sociedad agrícola, expresan mediante este simbolismo, una consustanciación entre el ser humano y el grano sin el cual el grupo no puede vivir. A su vez, cada miembro de los Dogon, recibe cuatro granos masculinos y cuatro femeninos de sus padres, lo que para el autor constituye un indicio de la bisexualidad inherente al ser humano. Estos granos representan también la filiación al grupo y la ligazón de la existencia de éste con respecto de la germinación (Le Bretón, 2002).

En tercer lugar, la persona Dogon, se constituye también a partir de una fuerza vital denominada *nama*, que los Dogon ubican en la sangre, siendo resultado de los *namas* heredados por la madre, el padre y un ancestro que nace con el sujeto. Para los Dogon, el *nama* es una instancia impersonal e inconsciente que se encuentra repartida en todos los animales, vegetales y seres sobrenaturales. Finalmente, los Dogon señalan la existencia de ocho *kikinu*, o principios espirituales de la persona, los cuales se dividen en macho y hembra y a su vez, en inteligente y bruto. Estos son los responsables de la psicología de la persona y su humor; estos se localizan en los órganos del cuerpo, sin embargo, pueden depositarse temporalmente en un altar, un animal o un charco (Le Bretón, 2002).

2.2 Órgano y mito

Con respecto de la idea de una “localización” de elementos comportamentales y afectivos con respecto de los órganos del cuerpo, Chiozza (2018) señala, a partir de los planteamientos de Freud, que cada una de las distintas zonas erógenas tiene la facultad de aportar componentes propios a la excitación general, propiciando en el campo de las representaciones inconscientes, fantasías específicas que van más allá de las orales, anales y genitales. Añade Chiozza, que existen significados inconscientes específicos en las distintas manifestaciones físicas que forman cuadros patológicos; sin embargo, estas no habían formado parte de las indagaciones psicoanalíticas y psicológicas en tanto que se consideraban unilateralmente como enfermedades del cuerpo (Chiozza, 2018, pp.34).

Para Freud (citado en Chiozza, 2018), los afectos son procesos en donde hay descarga de energía mediante movimientos, expresiones, conmociones vegetativas y secreciones. Para Chiozza (2018), estas manifestaciones inefables son percibidas por la conciencia, conformando los sentimientos. Por su parte, Laplanche, Lagache y Pontalis (1996), señalan que la palabra “afecto” es tomada de la terminología psicológica alemana para designar un estado afectivo que puede ir desde lo agradable a lo penoso, así como ser vago o preciso y puede presentarse como una descarga masiva o como una tonalidad general. El afecto, es para lo autores, la expresión cualitativa de la cantidad de energía pulsional y sus variaciones.

Así mismo, Laplanche, Lagache y Pontalis (1996), señalan que el concepto de afecto es fundamental para el desarrollo del trabajo psicoanalítico de Freud y Breuer con respecto de la histeria, puesto que ésta tiene su origen en un acontecimiento traumático que no ha encontrado una descarga adecuada, que lo autores denominan “afecto arrinconado” y que consecuentemente permite conocer el valor terapéutico de la abreacción.

Para Freud (citado en Chiozza, 2018, pp.37), el proceso de descarga inicia a partir de una excitación que detona a un “montante de afecto”. Asimismo, señala que la cualidad de los afectos (es decir, lo que determina que estos sean vergüenza, envidia, etc), está definida por la disposición inconsciente que el montante de afecto despierta. Esta disposición inconsciente, puede entenderse como una “clave de inervación”, que funciona como código y que, al ser detonado, determina el conjunto de movimientos y secreciones que constituyen la descarga típica para determinado afecto (Chiozza, 2018, pp. 37). En este sentido, Chiozza, señala que para evitar el displacer que podría producir determinado afecto, se evita una descarga típica del mismo, sustituyendola por otra descarga que solo utiliza uno de los elementos del código que configura la clave de inervación, por lo tanto, la consciencia no registra el conjunto de sensaciones que permiten reconocer al afecto conocido.

A partir de estos planteamientos, Chiozza (2018), señala que existen significados inconscientes en las distintas enfermedades. Ejemplifica mediante la epifora, que consiste en un derramamiento anormal de lágrimas fuera del ojo. Para el autor, este fenómeno puede entenderse como un trastorno corporal que se produce por la descarga de una excitación que se condensa en un determinado elemento. En este caso, mediante la secreción de lágrimas que constituye un elemento de la clave de inervación del afecto “tristeza”, que es expresado mediante el llanto. A su vez, menciona que la hipertensión es también un trastorno corporal, en tanto que forma parte de la clave de inervación: incremento de la tensión-indignación. En consecuencia, el autor plantea que una sensación somática, ya sea propioceptiva (sensaciones con respecto a la posición del cuerpo) o interoceptiva (sensaciones provenientes de órganos internos), o algún otro fenómeno corporal, puede representar inconscientemente a un determinado afecto latente, en correspondencia (clave de inervación) con los cambios corporales que ocurren cuando se experimenta dicho afecto.

Para Freud (citado en Chiozza, 2018) una representación que forma parte de un sueño, mito o enfermedad no es elegida al azar para después recibir una transferencia de lo inconsciente. Por el contrario, esta elección se determina por una conexión entre lo inconsciente y el derivado o dicha representación elegida. En este sentido es que se plantea una relación entre las enfermedades hepáticas y el contenido inconsciente de las representaciones del hígado (Chiozza, 2018).

Asimismo, Corominas (citado en Chiozza, 2018) menciona que la palabra melancolía proviene del griego y significa “bilis negra”, de modo que el conjunto de trastornos denominados melancolía, quedan referidos a partir de su origen en una alteración en el funcionamiento hepático, es decir, la estasis biliar. En consecuencia, no es verosímil limitarse a interpretar que dicho nombre corresponde a una teoría equivocada acerca del origen hepático de las afecciones denominadas melancolía, por el contrario, señala que esta “teoría equivocada” funciona a manera de mito, dando a este contenido un predominio en los “estados de profunda modificación psíquica” (Chiozza, 2018).

Añade Chiozza (2018) que cuando utilizamos una expresión particular del lenguaje, esta se encuentra determinada por los usos habituales que establecen la relación entre signo y su significado, sin embargo, permanece una carga inconsciente donde participan los motivos que dieron origen a determinada expresión verbal. En este sentido, el síntoma tendría la función de restituir el sentido original. Para el autor, si la designación de la melancolía tiene en su origen una referencia a la alteración hepática, es porque el contenido inconsciente de dicha condición se encuentra en relación con este órgano.

Asimismo, lo ácido y lo agrio se vinculan a lo gástrico y al órgano digestivo en términos de fantasía, mientras que lo venenoso y amargo se asocian a lo hepático a partir de su relación con la bilis. Chiozza (2018) ejemplifica mediante la palabra “amarillo”, que deriva de *amarellus* que es diminutivo de *amarus* que significa amargo. Por lo tanto, es posible que en relación con este vocablo se denominó a los individuos que padecían ictericia, donde aparecen síntomas como palidez y un trastorno en la secreción de la bilis, característicamente amarga.

En consecuencia, se plantea que el dar cuenta de que un hecho fundamental de las categorías sensoriales, como lo es el color amarillo, se nombra a partir de una relación con la enfermedad hepática, nos permite nuevas perspectivas sobre el carácter de las fantasías inconscientes que se juegan en esta relación (Chiozza, 2018). Asimismo, Weizsaecker (1947, citado en Chiozza, 2018) señala que el amarillo y el verde son frecuentemente asociados a la ictericia. Añade que en inglés, a esta condición se le denomina *jaundice*, que deriva del francés *jaune* que significa “amarillo”, así como para referirse a un estado mental que involucra celos, envidia, malicia y suspicacia (Hornby, 1960, citado en Chiozza, 2018).

A partir del argumento de que la elección del órgano a través del cual se expresa un trastorno, se encuentra determinada por los mismos principios que rigen la elección de cualquier representación (Chiozza, 2018), es preciso tener en consideración las fantasías inconscientes de los órganos en el proceso salud-enfermedad. A su vez, Freud (citado en Chiozza, 2018), señala que todo órgano o proceso importante aporta algún componente a la excitación general del instinto sexual. En este sentido, Chiozza (2018) plantea que hay una influencia del contenido inconsciente de las representaciones hepáticas, en los procesos de salud-enfermedad. Freud, cita el caso clínico de un hombre que sufría demasiado en sus ataques de celos, y que describía sentirse como Prometeo: encadenado y entregado a los buitres y las serpientes. Chiozza (2018) destaca que precisamente lo que comen los buitres es el hígado de Prometeo. En consecuencia, el autor plantea la posibilidad de abordar la envidia y los celos en relación con las representaciones hepáticas.

En otras palabras, Chiozza (2018) parte de los planteamientos de Freud sobre los trastornos hepatobiliares, donde señala que estos surgen en el cuerpo como resultado de la alteración de los afectos englobados en la envidia, ubicando una estrecha relación entre el contenido inconsciente y dicha condición. Para Chiozza, el estudio psicoanalítico de lo que se conoce como fantasías orales, anales o genitales, ha demostrado que el funcionamiento corporal puede estudiarse a manera de un lenguaje que representa en la consciencia un proceso inconsciente. Asimismo, la fantasía es definida por Laplanche, Lagache y Pontalis (1996) como un imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa de manera deformada procesos defensivos, la realización de un deseo o un deseo inconsciente. Los

autores distinguen las fantasías conscientes o sueños diurnos, de las fantasías inconscientes que en el análisis, develan estructuras subyacentes a un contenido manifiesto.

En consecuencia, Chiozza (2018) señala que la excreción de fluidos por parte del hígado puede pensarse en relación con un mecanismo inconsciente o psicocorpóreo de expulsión venenosa, o en dado caso de retención o acumulación de este veneno. El autor, señala que la bilis tiene la función de preparar los alimentos, interviniendo en la digestión de un elemento externo. De acuerdo con los planteamientos anteriores, el envidiar conlleva un proceso mental de desmenuzar o analizar un objeto que está afuera, antes de ser incorporado. Añade Chiozza (2018), que la envidia se vuelve, además de un sentimiento o un impulso, una acción o “mecanismo del yo”: aquel de envidiar. Por lo tanto, como verbo transitivo, este nos sitúa necesariamente en relación con otro objeto.

Asimismo, para Chiozza (2018) el mecanismo de digestión envidiosa constituye un aspecto proyectivo, que encuentra su justificación en el deseo de incorporar al objeto idealizado. Añade el autor que, este tiene un contenido persecutorio, por lo cual, la digestión envidiosa tendría la función de no incorporar de forma intacta dicho contenido. En este sentido, la envidia aparece como un mecanismo de defensa. En primer lugar, en tanto que su función es desmenuzar afuera lo que se teme incorporar intacto y, posteriormente como una manera de destruir un estímulo no manejable que provoca el re-sentimiento de la carencia (Chiozza, 2018).

A partir de los planteamientos de Chiozza (1998; 2018) considero preciso analizar el contenido mítico que da lugar a la elaboración de fantasías inconscientes con respecto de las funciones de los órganos. Como ya ha sido señalado, no se pretende determinar la objetividad de los mitos e ideas en torno a la función de los órganos; por el contrario, en función de lo señalado por Chiozza, estas “teorías equivocadas” funcionan definiendo normas de conducta y de pensamiento.

Chiozza (2018) menciona que al decir “hígado” se hace referencia a un órgano concreto que es en cierto nivel conocido; sin embargo, en términos de lo inconsciente el hígado representa muchas otras cosas; por lo tanto, para el autor, los límites del órgano o las funciones del mismo, develadas a partir de la fisiología, serán distintas a los que se

establezcan en la representación inconsciente de nuestro propio cuerpo. Chiozza señala que, la palabra hígado viene del latín *ficatum*, cuyo significado es “lleno de higos”, y plantea que esto se debe a que posiblemente se alimentó a los animales cuyo hígado se comía, con higos.

Chiozza (2018) señala que, durante los sueños, los pensamientos oníricos se reconocen como símbolos que mediante la interpretación descubren ideas encubiertas, reprimidas y latentes a las cuales aluden; en este sentido es que Abraham (citado en Chiozza, 2018), sostiene que los mitos son como sueños de la humanidad. Chiozza destaca que la palabra “mito” suele ser definida como una historia ficticia o de un personaje literario o artístico que “condensa alguna realidad humana de significación universal” Chiozza (2018, pp.100). Para el autor, el mito establece formas ideadoras, junto con el arte, el lenguaje y la ciencia; por lo tanto, señala que la importancia de estas radica en la mutua limitación y suplementación, no en la relación de estas formas ideadoras con una realidad absoluta. En este sentido, es que Chiozza establece su posición teórica con respecto de los trastornos hepáticos, a partir de distintos campos del conocimiento como la embriología, histología, la evolución del órgano en la escala zoológica; sin embargo, para el autor también es posible obtener datos para el desarrollo de conocimiento a partir de la etimología de algunas palabras, las construcciones del lenguaje popular en torno al hígado, así como de la producción literaria, histórica o mítica existente con respecto de los trastornos hepáticos.

Chiozza (2018) menciona que el hígado alcanza una temperatura corporal que solo es superada por la masa muscular en actividad. Por lo tanto, el autor encuentra una relación entre el calor del metabolismo hepático, la alternancia entre generar y consumir sustancias y las fantasías inconscientes en torno al “fuego de las pasiones” y la renovación de deseos ya satisfechos. En este sentido es que Freud (citado en Chiozza, 2018), señala que el hígado es identificado con las pasiones y deseos en las culturas que denominó “antiguas”. Por lo tanto, Chiozza plantea la pertinencia de analizar las producciones literarias en relación con el hígado y las emociones de celos, envidia y amargura, al otorgarles un valor de asociaciones. En este sentido es que el autor acude al mito de Prometeo, señalando que este roba el fuego de Zeus para dárselo a los seres humanos, por lo que es castigado y encadenado a una montaña. Para Chiozza (2018), el hígado está representado simbólicamente mediante el fuego, en función de que éste se consume y se regenera como los deseos amorosos.

A su vez, Chiozza (2018) señala que, de entre las distintas representaciones de los procesos biológicos que el fuego podría protagonizar, el mito de Prometeo parece aludir a los procesos metabólicos; a la alimentación. Por ello, destaca el hecho de que un águila que sobreviene cada día devora el hígado de Prometeo, que crece nuevamente. A su vez, el pico del águila también se presenta como una alusión al proceso alimenticio y al hambre que devora una sustancia ajena con la finalidad de reponer la energía que se gasta en vivir. En consecuencia, el hígado es el representante del metabolismo y por lo tanto de la materialización.

En el diccionario de la Real Academia Española (citado en Chiozza, 2018, pp.103) la palabra “ahigado” denota al color del hígado, pero también significa esforzado y valiente. Al arrogarse el hígado el proceso metabólico, comprende también el proceso de asimilación y transformación en carne propia de las sustancias orgánicas que constituyen los alimentos. De este modo se obtiene no solamente el crecimiento, sino la “materialización de las formas heredadas en el plasma germinal” (Chiozza, 2018, pp.103).

En este sentido Franklin (citado en López Austin, 1989) plantea que el asiento de las emociones, para los Kewas de Nueva Guinea, está en el hígado. A través del estudio de la lengua de los Kewas, se observan diferentes composiciones en donde aparece el vocablo *púú* (hígado), por ejemplo: *púú kúdínaa*, “el hígado se ha extinguido” que significa “muerte”; *púú kotá*, “el hígado está mal” significa disgusto; *púú rámula*, “el hígado se está pudriendo” significa lástima; *púú réde pia*, “el hígado está dulce” significa estar feliz; *púú pálea*, “el hígado está durmiendo” que significa flojera. Asimismo *púú rubá*, “aventar el hígado” significa asustarse; *púú yácpí pia*, “el hígado está ensangrentado” significa estar cansado; finalmente, *púú máytá*, “llevar el hígado”, significa molestar.

En el caso de los nahuas el rostro se denomina *ixtli* (ojo, percepción, rostro), *xayacatl* (que hace referencia al perfil), e *ihiyotl*, siendo este último “el aliento”, guardando relación con el rostro puesto que involucra los conceptos de fama, gloria e ira, que son comunicados al rostro por dicho aliento (López Austin, 2004). Asimismo, López Austin señala que el nagualismo, desde una concepción esotérica, es una toma de posesión realizada por hombres, muertos o animales a través de la entidad anímica *ihiyotl* o *nahualli*. Por lo tanto, esta “toma

de posesión” se traduce como aparición o manifestación en una cosa: “itla ipan ninoquixtia”/”yo me manifiesto en algo” (Molina, citado en López Austin, 2004). López Austin añade que, entre los mixtecos (Ñuu Savi) de la costa Oaxaca existen relatos en torno a los “tonas” que atacan a los animales de forma similar a los naguales. La forma de identificar si un animal fue asesinado por un “tona” es porque carece de corazón e hígado. De modo que la entidad anímica “tona” pareciera complementarse al devorar los centros anímicos de otras dos entidades.

Por otra parte, en la lengua Diidxazá (zapoteco del istmo), se denomina *nayana ladxi'* (hígado picante) a algún individuo muy “visceral”; es decir, intenso o irracional. El vocablo *ladxi* puede entenderse como “víscera” o “hígado”, raíz también contenida en la palabra corazón *ladxi'do*, que podría entenderse como víscera o hígado sagrado (Carrasco, F. comunicación personal, 2018). Por su parte, Chiozza (2018) señala que la función que cumple el hígado en el metabolismo, recibiendo por la vena porta la sangre que transporta alimentos degradados en sustancias orgánicas más simples, que posteriormente son enviadas al corazón mediante la vena hepática y distribuidos a los diversos órganos para ser “ensamblados”, permite arregarle al hígado la representación del proceso de asimilación. En consecuencia, a partir del tamaño de la víscera hepática, la temperatura que alcanza durante su funcionamiento, y la cantidad de sangre que acumula en posibilidad de verter o retener dicho líquido, Chiozza plantea una analogía entre el corazón y el hígado, señalando que éste último es un “segundo corazón”.

A partir de estos planteamientos, es pertinente pensar al mito como posibilidad de aproximación a la dimensión subjetiva, la cual se traduce en el establecimiento de normas colectivas. En este sentido Williams (1972) señala que los mitos tienen la particularidad de moldear la organización social y cultural de las comunidades humanas, otorgándoles una manera específica de pensar el mundo. El mito, independientemente de su credibilidad de contenido, tiene la cualidad de estatuir, es decir, validar instituciones culturales o dar sentido a una creencia siendo este un estatuto para la conducta. Asimismo, el mito se encuentra como “acontecimiento” en la historia “pasada” mientras que también se encuentra presente en la actualidad como “narración”. Estos dos momentos establecen, primero una medida de valor artístico y de símbolos, que más tarde y al perder su sentido inicial, se transforman en verdad

moral o psicológica en un segundo momento, siendo el mito, según Lévi-Strauss (citado en Williams, 1972) lo más parecido a la ideología política.

Para Pitarch (2013) las ideas y prácticas originarias no constituyen “vestigios arcaicos”. Por el contrario, el autor manifiesta su interés en estas ideas, no en un afán de sustituirlas por las “suyas”, sino como una posibilidad de multiplicar puntos de vista, en tanto que considera que ambas abordan problemas semejantes. En este sentido, y de acuerdo con los planteamientos de Pitarch (2013) considero que es posible abordar las “alma *tzeltal*” y el “cuerpo *tzeltal*” como conceptos a partir de los cuales se ordena y da sentido a diversas prácticas, mediante el mito, y que a su vez constituyen un proyecto epistemológico del cuerpo análogo al de la teoría psicoanalítica, donde el cuerpo es entendido como un devenir.

En la cosmovisión *tzeltal*, llegar a ser en “el mundo solar” es un proceso de separación del estado primordial *ch’ul*, puesto que el cuerpo, a diferencia de las almas, debe ser producido. A partir de cierta edad los individuos son considerados concluidos o ya producidos; en consecuencia, en la lengua *tzeltal* se denomina *k’otem* a una persona moralmente correcta dando un sentido de que algo está terminado o completo, puesto que *k’ot* es el verbo “llegar” o “alcanzar” (Pitarch, 2013).

En este mismo sentido, la autodenominación de los individuos de la cultura *tzeltal* es *bats’il winik* “gente verdadera” o “gente genuina”. En consecuencia, éstos no “son”, sino que “llegan a ser” auténticos en tanto que alcanzan un comportamiento adecuado física y moralmente (Pitarch, 2013). De igual manera en la cultura *Ñuu Savi*, un niño es nombrado *tee kuaryi* que significa “hombre pedacito”, y la palabra “nieto” se dice *sukua* que es también “párpado”. Considero que, en el mismo sentido que la cultura *tzeltal*, el individuo no se constituye como un cuerpo completamente formado desde la niñez.

En el proceso de invención del cuerpo están involucrados el adiestramiento de las actitudes, la manera de portar la vestimenta y el uso de formas discursivas de lenguaje. Por lo tanto, la estética está orientada al cultivo del cuerpo y no del espíritu. La apreciación de lo bello se encuentra en relación con la producción del cuerpo y del gesto, incluyendo el arte verbal y culinario, la ropa y los adornos corporales. En el caso de los textiles, éstos se han constituido como “arte indígena” desde un sentido europeo, en tanto que son objetos

susceptibles de ser coleccionados, mientras que en su sentido original, la vestimenta aparece siempre envolviendo al cuerpo, otorgando un estatuto de origen o lugar en la sociedad, a manera de una segunda piel (Pitarch, 2013).

En consecuencia, para Pitarch (2013), de forma opuesta al sentido occidental, las almas están dadas en la cultura *tzeltal*, mientras que el cuerpo debe ser producido. Como parte del dominio de las convenciones, el cuerpo resulta un producto social; el alma, en este sentido no puede ser disciplinada, ni puede ser fabricada, solo puede “perdersé”. En la cultura occidental hay un imperativo del cultivo del alma, si bien interviene el cuerpo, éste lo hace en la medida de que actúa en favor de la salvación del alma. En la visión *tzeltal* se habla de una identidad personal en tanto que hay un cuerpo, en consecuencia, ésta se encuentra centrada en la faz externa, donde ejerce su acción, por lo tanto, el orden moral está en el gesto y el cuerpo (Pitarch, 2013).

2.3 Las almas tzeltales: el pliegue

Pitarch (2013) menciona que los tzeltales distinguen dos tipos de cuerpo en los seres humanos, es decir, se plantean dos estados de la existencia distintos en donde no existe una separación de tipo geográfica o física, sino ontológica. El primero de estos mundos es el *ch'ul*, un estado original o primordial, mientras que el mundo terrenal o solar se denomina *jamalal* y constituye al mundo inacabado. El autor menciona que, en la cosmovisión tzeltal, las almas forman parte del mundo *ch'ul*, siendo estas opuestas a la cultura y a los aspectos de la vida del sujeto. Para el autor, las almas son la alteridad introyectada, misma que es personificada mediante muertos, animales y eclesiásticos. Estos últimos son interpretados por el autor como elementos en relación con la sociedad europea y sus medios de dominación, los cuales establece como fantasmas en el corazón del cuerpo y la sociedad indígenas (Pitarch, 2013).

Pitarch (2013) señala que estos dos estados de la existencia (*ch'ul – jamalal*) adoptan la figura del pliegue, puesto que esta permite un tránsito entre el estado visible, solar y el

dominio de los espíritus y la mente. Para el autor, desde la cosmovisión *tzeltal*, el pliegue o doblez, son envoltorios mediante los cuales los seres del “Otro Lado” se pliegan sobre sí mismos para introducirse en el mundo solar. El autor señala que estos dos estados, forman el anverso y el reverso de la existencia, puesto que “el pliegue de uno, su sentido, es el despliegue del otro” Pitarch (2013).

Asimismo, Pitarch (2013) define el estado *ch'ul* como inestabilidad permanente e incesante oscilación en la que cualquier cosa es susceptible de convertirse en otra. Esta característica del estado *ch'ul* implica que los seres divinos o del “Otro Lado” tengan la facultad de desenvolverse en rangos muy amplios, dándoles un carácter transformacional a dioses y espíritus, mismos que ofrecen una resistencia a su identificación. Añade Pitarch, que el mito presupone una norma implícita para la existencia. En este mismo sentido, considero importante señalar la posibilidad de abordar el carácter transformacional de los dioses y espíritus en el estado *ch'ul* a partir del término condensación, como lo plantean Laplanche, Lagache y Pontalis (1996), como efecto de la censura, que dificulta la lectura del contenido en el relato manifiesto.

En la cosmovisión *tzeltal*, durante el nacimiento se está en un periodo transitorio entre el dominio *ch'ul* y el dominio solar, estando las almas pegadas a la placenta, durante el nacimiento, el cuerpo se pliega sobre sí llevando las almas consigo (Pitarch, 2013). Desde la lengua *tzeltal* el pliegue del nacimiento es conocido como *sbot'sba*, que Pitarch traduce como una expresión que designa un objeto o vestimenta puesta al revés. Sin embargo, añade que literalmente *sbot'sba* significa “mirarse fijamente o intensamente a sí mismo”. Este razonamiento lleva al autor a la noción de “espejo”, desde la lengua *tzeltal*, *slok'omba* es una palabra utilizada para designar una imagen, aunque su significado es “lo extraído de sí mismo”. De igual manera, diversas culturas originarias de México han utilizado los espejos como instrumentos de visión, donde la imagen reflejada constituye un reflejo de la alteridad y multiplicidad, el “sí mismo como otros”, siendo esta imagen no la propia del chamán, sino el “Otro Lado” del sí mismo, donde observa un antepasado o un dios con el que entablará el diálogo y el canto (Pitarch, 2013).

Desde esta perspectiva, existen relaciones entre el mundo solar (*jamalal*) y el mundo virtual (*ch'ul*), para Pitarch (2013) las relaciones entre éstos son pensadas a partir del pliegue y despliegue de ambos dominios. Menciona que los “fragmentos” del mundo virtual solo pueden estar en el mundo solar si están envueltos en tejidos o petates. Para el autor, el carácter de doblez, el hecho mismo de estar doblado constituye el carácter sacral, al estar en contacto con el mundo virtual. Para los *tzeltal*, las palabras curativas o enfermedades son recibidas envueltas o plegadas, y transmitidas mediante un envoltorio (*pixan*). Éste mismo vocablo es utilizado en lenguas mayenses para designar el alma o algo que es recibido o entregado al otro mundo. Pitarch menciona que *pix* significa cubrir, amortajar; por lo tanto, para el autor lo que define las almas no es una supuesta sustancia, sino su condición de pliegue.

2.4 La enfermedad como texto

La lengua *tzeltal* posee la autodenominación *bats'il k'op*, que significa “palabra verdadera” o “palabra genuina”, idea que también comparten otras lenguas, por ejemplo, el ayapaneco o *numte oote* que tiene éste mismo significado. Pitarch (2013) señala que, desde la cosmovisión *tzeltal*, la palabra se origina en el corazón, por lo que corresponde al dominio de lo dado, no al dominio de las convenciones y producciones humanas. A su vez, en la cultura *tzeltal* existen palabras que tienen la facultad de ser propiciatorias de enfermedad en los humanos. Estas palabras son pronunciadas por los “dadores de enfermedad” que son animales, curas, escribanos, rancheros, etc. Su cualidad de dadores de enfermedad radica en que son capaces de articular un lenguaje humano o parecido a éste.

Para Pitarch (2013) existe un estrecho vínculo entre lenguaje, enfermedad y cuerpo humano. En el caso de las culturas originarias, el lenguaje no es solamente una vía para introducir la enfermedad en el mundo humano, sino que la enfermedad misma es un texto o un lenguaje. Esto lo ejemplifica mediante el *Poxil kux o'tanil* o “medicamento para el corazón”, pronunciado por Extevia P'in en Cancuc en los Altos de Chiapas. El canto representa un diálogo entre el chamán y la enfermedad, convirtiéndose la segunda en un interlocutor, de modo que las palabras se vuelven sujeto; condición necesaria para

comunicarse y operar sobre ésta. Añade el autor que, durante el diagnóstico, el chamán debe tener precaución de no nombrar la enfermedad, siendo más pertinente nombrarla equivocadamente, puesto que de otro modo esto puede alertar a la enfermedad como texto.

Considero que para comprender este último argumento de Pitarch (2013), es posible retomar los planteamientos de Fernández Gaos (2009), quien señala que, en el desarrollo de la teoría psicoanalítica, Freud se encuentra ante numerosas enfermedades orgánicas durante la práctica clínica; y a pesar de que la forma de tratarlas pudo ser variable, éstas eran concebidas como resistencias al tratamiento analítico. Fernández Gaos (2009) señala que esto ocurre a partir de la transferencia operada de la figura paterna hacia el analista, en donde el paciente no cede ante el analista, por el contrario, busca su fracaso, como menciona Freud: “El individuo no debe sanar, sino permanecer enfermo, pues no merece nada mejor” (Freud, S., citado en Fernández Gaos, 2009, p.60).

Para Fernández Gaos, el paciente cede a las demandas de un Superyó severo que le requiere pagar sus culpas. Asimismo, es importante señalar que el síntoma histérico no tiene un sentido médico en tanto que tiene un cierto valor restitutivo, a manera de un intento de reequilibrio, mientras que el síntoma médico es señal de una disfunción orgánica. En este sentido, nos situamos ante la posibilidad de vislumbrar la actitud con la cual se asume el paciente frente a la confrontación con una historia que le restituye un papel protagónico, es decir, de responsabilidad, como variable en el fenómeno de enfermar. En consecuencia, la cautela del chamán al nombrar la enfermedad directamente, tiene que ver con las resistencias del sujeto.

En los cantos *Poxil* se interpela a la enfermedad como texto, la cual responde describiéndose o descubriéndose, sin embargo, el chamán no puede confiar en todo lo que dice la enfermedad (Pitarch, 2013). En este punto considero pertinente hacer nuevamente una analogía con la situación analítica, en tanto que ésta también devela un discurso para alcanzar una cura. Laplanche, Lagache y Pontalis (1996) señalan que normalmente el efecto de un acontecimiento puede liquidarse mediante abreacción, entendida como una descarga emocional mediante la cual el sujeto se libera del afecto ligado al recuerdo de una experiencia traumática, o por medio de la “integración en el complejo de asociaciones” que ejerce una

acción correctora. Sin embargo, si el recuerdo del trauma permanece como un “grupo psíquico separado”, no se da lugar a su liquidación en tanto que no existe dicha elaboración asociativa. Por lo tanto, para los autores, la eficacia de la cura reside en el establecimiento de conexiones asociativas que permitan la liquidación del trauma, lo cual es una forma de catarsis.

Para Pitarch (2013), la curación del enfermo consiste entonces en la extracción de palabras intrusas que causan la enfermedad, mediante la pronunciación de otro texto. Antes de pronunciar el canto, el chamán debe buscar que el cuerpo del paciente se caliente, para facilitar la introducción del texto. Esto lo hace mediante el uso de aguardiente que beben tanto el paciente como el chamán, el segundo riega con sus dientes el mismo líquido sobre el primero. Pitarch señala que, otro género distinto al de los cantos *Poxil* (medicina), son los cantos *ch'abajel*, el cual se orienta a recuperar almas perdidas y consiste en una negociación con los seres del “Otro Lado” para restituirla. Por el contrario, en los cantos *Poxil* no existe una negociación, sino que se utiliza un tono severo y afirmativo.

Si otorgamos a los cantos *Poxil* un valor restitutivo en una cadena asociativa a partir de un evento traumático, entonces podemos poner especial atención al hecho de que el canto comience con las siguientes palabras: “*bit'il majtabet ati', ma jtabet akuyul talel'*” que significa “¿Cómo no voy a reconocer tu palabra?, a descubrir el signo con el que has venido” (Extevia P'in, citado en Pitarch, 2013, p. 78). Añade Pitarch que, en el canto para el dolor de corazón, el chamán busca “quebrar” el texto mediante trece palabras o lenguajes; el chamán traba un combate con la enfermedad puesto que, en la lengua tzeltal el término *k'op* significa “palabra” o “diálogo”, sin embargo, también tiene el significado de “conflicto, guerra o disputa” (Gossen 1974, citado en Pitarch, 2013, p.78).

A diferencia de la tradición occidental donde el diálogo y la violencia física se conciben como antagónicos, en la tradición mesoamericana, el diálogo no necesariamente implica un intercambio pacífico. En este sentido es que otro fragmento del canto *Poxil* para el dolor del corazón dice: “*stak'bal xk'opojotikix'*” que se puede interpretar como “¿Cómo podemos hablar?” o bien como “¿Cómo podemos luchar/trabar combate?” (Pitarch, 2013, p.79). De igual manera, el tono severo del chamán queda de manifiesto cuando declara: “*teb*

ora ya jbeintestikat yo'tik stukel, sakba ya jnuk'atix lok'el yo'tik” que se traduce como “En un momento te expulsamos, ya te extraigo succionándote”. Para finalizar el canto Poxil, en este caso en particular Extevia P'in pronuncia las siguientes palabras: “*bi'til jnuk'at lok'el jmats'at lok'el*” que se traduce como “así te extraigo chupándote, masticándote te saco” (Pitarch, 2013, p.79).

2.5 Sobre la eficacia simbólica

Lévi-Strauss (1995) refiere el caso, en la cultura *Cuna* de la actual República de Panamá, de un canto que se realiza con la finalidad de ayudar en un parto difícil. El autor señala que el procedimiento comienza con un canto que describe la confusión de la partera ante la dificultad del parto y se describe su visita al *shamán*, quien realiza fumigaciones de cacao quemado con el objetivo de fortalecerse. A su vez, se hacen invocaciones sagradas a imágenes esculpidas en determinados materiales, y que son los asistentes del *shamán*. Estos serán conducidos a la mansión de “*Muu*”; para los *Cuna*, *Muu* es la responsable de la formación del feto; sin embargo, cuando esta sobrepasa sus atribuciones, se apodera del *purba* o alma de la madre. En consecuencia, la cura consiste en un combate entre el *shamán* y sus espíritus protectores, contra *Muu* y sus hijas, teniendo su resolución cuando *Muu* descubre y libera el *purba* de la mujer enferma. Añada Lévi-Strauss que, el combate no se libra contra *Muu*, que es indispensable para la procreación, en tanto que representa al útero; sino contra sus excesos. Por lo tanto, una vez que estos se corrigen, las relaciones vuelven a ser amistosas.

Para Lévi-Strauss (1995), en la cura *shamánica*, determinadas representaciones psicológicas son invocadas para combatir perturbaciones fisiológicas, es decir, que es posible llevar a cabo una mediación puramente psicológica en donde no existe un contacto físico con el enfermo ni la aplicación de un remedio. El *shamán* realiza una “manipulación psicológica” del órgano enfermo cuando pone en discusión en forma directa y explícita el estado patológico y su localización.

Como se mencionó anteriormente, *Muu* es una representación del útero, así como las oraciones y cantos por el *shamán*, tienen referencias simbólicas al estado de la parturienta y sus órganos. El “blanco tejido interno” es una referencia a la vulva, mientras que “la sangre que chorrea” se relaciona al parto difícil, durante el ritual, el *shamán* está encargado de restituir a la enferma de su doble (Lévi-Strauss, 1995).

De este modo, la cura consistiría en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos, y a volver aceptables los dolores que el cuerpo se rehúsa a tolerar. Para el autor (Levi-Strauss, 1995), si el pensamiento del *shamán* está o no fundamentado en una realidad objetiva carece de importancia, puesto que la enferma “cree”, así como miembro de la sociedad que cree en ella, por lo que nunca pone en duda los elementos de la cosmovisión originaria (monstruos, animales, etc.), sino que los acepta como parte de un sistema coherente. Durante la enfermedad, lo no aceptable o incoherente son los dolores extraños al sistema, los cuales, a través del *shamán* vuelven a entrar en un conjunto en donde todo adquiere sustentación y sentido.

Lévi-Strauss (1995) señala que el *shamán* proporciona un “lenguaje” en el cual puede expresar estados informulados o informulables de otro modo por la enferma. El paso a una expresión verbal es lo que provoca el desbloqueo del proceso fisiológico, o reorganización en un sentido favorable para la enferma. Para el autor, la cura *shamanística* se encuentra entre la medicina orgánica y las terapéuticas psicológicas como el psicoanálisis. En ambos casos, el propósito es llevar a la consciencia conflictos y resistencias que han permanecido inconscientes, en relación con su represión o a otros factores psicológicos o físicos, como en el caso de la parturienta, siendo de naturaleza orgánica e incluso mecánica.

Para el autor (Levi-Strauss, 1995), los conflictos y resistencias “se disuelven” a partir de la experiencia que permite la adquisición de un conocimiento (llevar a lo consciente) en relación con un conflicto que se reactualiza en un plano que permite su desenvolvimiento, llevándolo a un desenlace; proceso que en la teoría psicoanalítica se define como abreacción.

En otras palabras, la relación entre la cura psicoanalítica y la *shamánica*, consiste en que apelan a un proceso catártico, cada uno en una manera particular. Laplanche, Lagache y Pontalis (1996) señalan que Freud utiliza el término catarsis (purga) para designar el proceso

en que se busca obtener una abreacción adecuada a un acontecimiento traumático. A partir de los estudios sobre la histeria, Freud plantea que los afectos que no logran encontrar una vía de descarga permanecen, dando lugar a efectos patógenos. Para los autores un afecto se encuentra ligado a un recuerdo en función de varios factores, destacando la manera en que el sujeto reacciona ante determinado acontecimiento. En consecuencia, plantean que, si la reacción tiene la intensidad suficiente, gran parte de ese afecto tiende a desaparecer, sin embargo, si esta reacción es reprimida, tiende a persistir ligada al afecto, que de ser demasiado intenso puede convertirse en patógeno.

Para Lévi-Strauss (1995) tanto el chamán como el analista se vuelven el protagonista en el cual el enfermo puede explicitar una situación inicial antes informada. En el caso de la parturienta, ésta vence un desorden orgánico verdadero al identificarse con el *shamán* míticamente transpuesto. El autor encuentra la equivalencia entre la cura *shamánica* y psicoanalítica en tanto que ambas buscan provocar una experiencia, por medio de la reconstrucción de un mito que el enfermo revive, como mito individual o social. Lévi-Strauss (1995) señala que, en este proceso, el *shamán* interroga y pone réplicas en la boca de la enferma correspondientes a la interpretación de su estado con las cuales ella debe compenetrarse. Desoille (citado en Lévi-Strauss, 1995) señala que la perturbación psicopatológica sólo es accesible al lenguaje de los símbolos, es decir que solo se puede expresar mediante metáforas verbales. En el caso de la técnica psicoanalítica, Lévi Strauss ejemplifica mediante un caso de complejo de destete, en donde la analista debe asumir una posición materna realizada. A través de actos con una carga simbólica, como el contacto de la mejilla de la paciente con el seno de la analista, es que se posibilita el establecimiento de un lenguaje; estando el médico (analista, *shamán*, etc.), dialogando con el paciente no solo mediante la palabra, sino a través de operaciones concretas o ritos que aportan un mensaje directo al inconsciente (Lévi-Strauss, 1995).

Lévi-Strauss (1995) hace énfasis en el concepto de manipulación, ya sea de ideas o de órganos por medio de los símbolos. La eficacia simbólica es, para el autor, el proceso mediante el cual se da un paralelismo entre mito y operaciones. En el caso de la parturienta, cuando se intenta hacer descender al niño del vientre materno, la atención es desplazada hacia

los pies, al señalar que los *nelegan* llevan zapatos y marchan en un frente para salir al aire libre después de su visita a *Muu*.

La transformación de los detalles del mito corresponde a la experiencia de la enferma, que no podría hacerla suya si no se acompaña de un proceso real de dilatación, para lo que se precisa que dé lugar este paralelismo entre mito y operaciones. En otras palabras, se busca una reorganización estructural, haciendo que el enfermo viva intensamente un mito análogo a cuya formación se quiere obtener en el cuerpo. En consecuencia, la eficacia simbólica es entendida por Lévi-Strauss (1995) como una propiedad inductora de algunas estructuras respecto de otras en diferentes niveles del ser vivo; desde procesos orgánicos hasta procesos del psiquismo o inconscientes.

Para el autor (Levi-Strauss, 1995), el valor traumatizante de una situación cualquiera no es el resultado de sus características intrínsecas, sino que estas se conforman a partir de un contexto psicológico, histórico y social que ha sido apropiado por el sujeto. Por ello, el autor destaca el hecho de que el inconsciente no es un mero receptáculo de recuerdos e imágenes del transcurso de la vida de forma memorística, sino que es la instancia en donde éste “vocabulario”, discurso o conjunto de recuerdos adquieren una significación para el sujeto y los otros. Lo que posibilita la eficacia simbólica es que el inconsciente opera de la misma forma, es decir que proporciona una estructura para un “vocabulario” que puede cambiar en función de la historia y contexto del sujeto.

Asimismo, Lévi-Strauss (citado en Zafiroopoulos, 2010) identifica una separación en el tratamiento médico occidental, de las causas objetivas de la enfermedad, por ejemplo, una bacteria, del mundo subjetivo del paciente, mientras que el *chamán* no realiza dicha operación. Para el autor, la interpretación del *chamán* constituye una refundición con el mundo simbólico del sujeto.

Zafiroopoulos (2010) plantea que la situación analítica y la cura *chamánica* aparecen como una analogía, puesto que en ambos casos el propósito es traer a nivel consciente conflictos y resistencias que permanecen inconscientes. Para el autor, la diferencia radica en que, en la cura *chamanística* el sujeto es capaz de sobreponerse a un desorden orgánico a partir de la identificación con el *chamán* míticamente transmutado, el cual actúa como un

orador que establece relaciones directas e indirectas con el consciente e inconsciente del sujeto. Mientras que, en la situación analítica, en vez de orador, el analista es un escucha mediante el cual se induce una experiencia común a la de la cura *chamanística*. Ambos procedimientos buscan inducir una experiencia en el sujeto, al ser esta experiencia estructurada, en el sujeto operan mecanismos regulatorios fuera de su control que le llevan a un ordenamiento funcional. En otras palabras, ambas experiencias constituyen la recreación de un mito que el sujeto tiene que revivir.

Añade Zafiropoulos (2010) que en la situación analítica el paciente construye un mito individual con elementos de su pasado, mientras en la cura *chamanística*, el paciente recibe un mito desde la sociedad. Añade Zafiropoulos que, para Lévi-Strauss, en la cura esquizofrénica el sanador ejecuta las acciones y el paciente produce su mito; mientras que el *chamán* es un sanador que proporciona el mito y el paciente realiza las acciones. A partir de estos planteamientos es que es posible dilucidar las propiedades inductivas en la eficacia simbólica, es decir, pone de manifiesto las interrelaciones entre los diferentes estadios de lo viviente.

En consecuencia, para Lévi-Strauss (citado en Zafiropoulos, 2010), la analogía entre la cura *chamanística* y el psicoanálisis ofrece la posibilidad de dar cuenta de un proceso fundamental. En otras palabras, la forma del mito tiene preferencia sobre su contenido, es decir, que aun cuando existan una innumerable cantidad de mitos y una gran diversidad de lenguas en que éstos se expresan, éstos pueden englobarse dentro de “tipos”, siendo posible abstraer funciones elementales. Sin embargo, plantea Levi Strauss (citado en Zafiropoulos, 2010) que en la sociedad industrial no hay lugar para el mito, únicamente en el sujeto mismo. En este mismo sentido es que Zafiropoulos señala que la neurosis puede ser explicada como una formación mítica en tanto que prevalece la organización simbólica compartida socialmente, misma que da respuesta a las dificultades que encuentra el sujeto en su historia. Por lo tanto, el mito constituye una inscripción simbólica a través de la cual el sujeto produce síntomas y complejos.

2.6 Pipinahuiztle y susto

En relación con los planteamientos anteriormente descritos, considero que es posible abordar eventos en la vida afectiva de los sujetos, y situar los procesos de salud-enfermedad en el contexto de la necesidad de una abreacción, por ello considero pertinente abordar el caso del “Pipinahuiztle”, (del verbo pipinahuia en náhuatl – avergonzarse) una entidad nosológica de raigambre nahua, estudiada por Hersch y González (2011) en las comunidades de Copalillo y Temalac, a partir de los conceptos anteriormente desarrollados.

El pipinahuiztle se define, de acuerdo con lo reportado por los habitantes de copalillo a los autores, como la resultante de la interiorización de un sentimiento de pena, turbación o humillación, cuando se experimenta o sospecha un desaire o exposición al ridículo. Entre las circunstancias que exponen los habitantes de Copalillo en las que se presenta el *pipinahuiztle* se refiere a la unión matrimonial: “si yo soy soltero o viudo y aquél me va a decir ‘esta va a ser tu esposa’ y ella ha pensado con su mente ‘no, pus, yo no lo quiero’ yo tengo vergüenza de lo que pensó ella...” (Hersch y González, 2011, p.185). Posteriormente los síntomas son vómito, diarrea y dolor de cabeza. Asimismo, reportan que el no hablar correctamente el español puede llegar a ser motivo de vergüenza y de *pipinahuiztle*. Asimismo, cuando se tiene un pensamiento que resulta vergonzoso, como en el caso de un hombre que tiene el pensamiento de que sus trabajadores lo consideran flojo, y eso es motivo para padecer la vergüenza (Hersch y González, 2011).

De igual forma, es posible adquirir “vergüenza ajena”, por lo que la vergüenza no solo surge de la propia experiencia de inadecuación, sino a partir de la introyección de la inadecuación del otro con respecto de las pautas sociales (Hersch y González, 2011). Una mujer en Temalac reporta haber experimentado vergüenza al ver a una mujer muy gorda sentarse en la banca de la iglesia, a la cual se le salían los glúteos de la banca, por lo cual a la espectadora le dio vergüenza, náuseas y vómito. La persona que se encontraba en la banca sentada no experimentó ningún síntoma, puesto que ella no podía ver la misma imagen que la participante. Ante dicha circunstancia la mujer fue atendida con sal a la cual se le rezó, agua y recibiendo un masaje en la zona abdominal. Hersch y González (2011) mencionan

que la población con menor experiencia en migración y movilidad son más proclives a experimentar este padecimiento.

Heller (citado en Hersch y González, 2011) menciona que el afecto de la vergüenza es el sentimiento que regula las acciones de una persona y su comportamiento conforme a las normas rituales de su comunidad. En el caso de los nahuas, la vergüenza es para Hersch y González (2011) una modalidad intensa de respuesta interiorizada ante la mirada de los otros. La aparición del síntoma no sólo tiene que ver con la norma transgredida, sino con la relación del individuo con estas normas, por ello es que cualquiera puede sufrir la vergüenza, pero su magnitud y alcance varían en función del *avergüenzado*. Considero relevante este aspecto, puesto que pone de manifiesto la estrecha relación entre los procesos de salud-enfermedad con la historia de vida, la significación y maneras de normarse dentro de la institucionalidad y la cultura.

Los síntomas clínicos que aparecen tras un evento vergonzoso son: ronchas, vómito, inflamación en la boca, ojos o alguna extremidad. Asimismo, salivación salada, dolor de cabeza o de estómago y comezón en zonas específicas (Hersch y González, 2011). Menciona un poblador de copalillo que la vergüenza le cayó en una mano causándole inflamación y ronchas, mientras que a una señora le dio el *pipinahuiztle* en los ojos y se le pusieron rojos (Hersch y González, 2011). Asimismo, se presentan casos en donde esta enfermedad se concreta en regiones específicas del cuerpo, como rodilla, estómago (causando vómito), brazo, etc. Considero pertinente aproximarnos al fenómeno de la *vergüenza* que cae en un órgano, tomando en consideración los factores de predisposición, constitucionales o adquiridos (Freud en Laplanche y Pontalis, 1996) para que un individuo presente síntomas de conversión de forma específica en un órgano o aparato; lo que podemos definir como “complacencia somática”, para designar esta elección del órgano en que se da lugar la conversión, lo cual es posible abordar desde la historia de vida y el evento traumático.

En cuanto a la curación, ésta consiste en dos planos, el primero es el físico en donde la sal constituye una especie de pago. En la cosmovisión nahua la diosa *Ixcuina* defendía los adulterios y es considerada desvergonzada, ésta tiene su advocación como *Tlazolteotl*, siendo considerada *Ixcuina*, señora de la sal, del excremento, de la desvergüenza. Así, la sal emula

a la diosa, la hace presente, obrando en el ámbito de lo perceptible como ofrenda y como “paga”; puesto que, en la tradición mesoamericana, los dioses causantes de enfermedad son quienes las curan (López Austin, 1995, citado en Hersch y González, 2011). En segundo lugar, se lleva a cabo la enunciación de “palabras de vergüenza” como ritual curativo, en las cuales se hace alusión a la diosa mencionada. Sin embargo, existen varias versiones, en las cuales aparecen como rasgo común las preguntas: “¿Qué es lo que te fue a dar vergüenza?”, “Yo pasé rápido por ahí y no medio vergüenza, ¿a ti por qué te dio?”, “¿Qué fue tu nariz?, ¿tu cabello?, ¿tus ojos?” (Hersch y González, 2011, p.186). Considero que éste rezo constituye en sí mismo una posibilidad de catarsis, puesto que es un proceso mediante el cual se obtiene abreacción adecuada a un acontecimiento traumático. En este sentido me parece relevante mencionar que, para Freud, el síntoma se origina cuando la energía de un proceso no puede llegar a la elaboración consciente y se dirige hacia la inervación corporal en el proceso de conversión. La curación se obtiene a partir de la liberación del afecto desviado y su descarga por vías normales de abreacción (Laplanche, Lagache y Pontalis, 1996).

Por su parte, Hersch y González (2011) mencionan que reiteradas salidas de la comunidad o la migración, son factores que reducen la probabilidad de que se presente la enfermedad del *pipinahuiztle*. Los autores señalan que, una vez que los migrantes se establecen en otro lugar y alcanzan cierta estabilidad en un entorno en donde la enfermedad no se manifiesta en otros y no se habla de ella, rara vez la presentan ellos mismos. Asimismo, exponen un caso de un migrante que se encuentra trabajando en Estados Unidos con su hermano. A ambos se les solicitó que derribaran una pared, siendo capaz uno de ellos de tirar un fragmento de ésta con una patada. Enseguida el informante señala haber pensado. “yo también puedo”, y al patear la pared no logró moverla. Posteriormente el informante comenzó a tener salivación y náusea, solicitando a su madre el remedio para el *pipinahuiztle* (Hersch y González, 2011).

Para Hersch y González (2011) los rezos del *pipinahuiztle* consisten en una conversación informal que está dirigida al enfermo como receptor del mensaje, mismo que será dirigido a la vergüenza misma. Me parece importante destacar ahora que, esto sucede de igual manera en el caso del canto *Poxil kux o'tanil* o “medicamento para el corazón” de la cultura tzeltal, donde se interpela a la enfermedad como un “sujeto aparte”.

Hersch y González (2011) señalan que en el contenido de la plegaria se despliegan diferentes contextos de acción en donde las convenciones normativas fueron infringidas. Se plantea una comparación entre el enunciador y el destinatario, de modo que el “operador ritual” interpela al enfermo, dentro de la narrativa del texto, sobre por qué se ha sentido moralmente responsable de la transgresión. En otras palabras, se relativiza el evento mediante la actividad discursiva, lo que permite introducir una óptica distinta en el sujeto, dando lugar a que éste haga inteligible y moralmente explicable la situación vergonzosa; en consecuencia, el sujeto atenúa su ansiedad y su condición afectiva.

El rezo que utiliza en Copalillo el informante Martín Bonifacio (citado en Hersch y González, 2011, pp-190) interpela al sujeto en el discurso: “*Pipinahuiztle, pipinahuiztle, tlenon ti compinau ma nejhua non panontikist xo ni pinau*” / Vergüenza, vergüencita, ¿qué te dio vergüenza? Yo pasé por ahí de rápido y ¿cómo no me dio vergüenza?”. Asimismo, en la versión de Lucila Desiderio: “*Pipinahuiztli, pipinahuiztli, canon o ton panoc? Nehua o nonpanoc ompa, nicuaxoxocotic, nicuaxipeyactic, huan xo nonpinauh*”; que es traducida por Emilio Soriano del siguiente modo: “Vergüenza, vergüenza ¿dónde te avergonzaste? Yo por ahí pasé toda despeinada, con la cabeza infectada y no me avergoncé”.

Es preciso señalar en este punto que en los rezos se hace referencia a características corporales personales. Continuando con la versión de Lucila Desiderio (citado en Hersch y González, 2011, pp-190), menciona: “*tlenon o ti compinauh, motzotzontin? mo mamajpiltsin, ca moxixipiltsin*”. “¿Qué te dio vergüenza? ¿Tu pelo corto? ¿Tu dedo corto? ¿Tu dedo del pie corto?” (Hersch y González, 2011, p.190). De igual manera en la versión de Martín Bonifacio, se hace referencia a la apariencia física en relación con lo deseable en la misma: “*¿Ken xitanpinahuis? Nepa ton panotikist, ti tzonzompztlajti, ti tzontzoncuetlanti*” / “¿Cómo no te va a dar vergüenza? Ahí donde pasaste rápido, con tu cabello suelto, tu cabello moviéndose” (Hersch y González, 2011, p.191).

Podemos identificar dos elementos: el primero, que el *pipinahuiztle* es resultado de un evento vergonzoso en relación con una exigencia social, el hombre que no debe ser flojo y debe tener destreza y fortaleza, ser aceptable para su pareja, ser aceptable en su apariencia física o dominar el idioma hegemónico. En el caso de las mujeres, el evento vergonzoso está

asociado al pudor, el decoro y la realización adecuada de sus actividades. El segundo elemento a considerar es la somatización y aparición de síntomas y su curación a partir de un ritual que hace la función de abreacción tras un evento al que se le atribuye una particular carga afectiva con relación a las normas sociales establecidas. Junto con el mito, estas formas de comportamiento colectivo nos permiten entender el proceso del *pipinahuiztle* en su dimensión histórica y social.

En este mismo sentido, Hersch y González (2011) agregan que, en la cultura mexicana la vergüenza se encuentra ligada al honor, siendo las transgresiones a la normatividad moral, objeto de graves reprimendas. Garibay (1995, citado en Hersch y González, 2011) menciona que la palabra “vergüenza” en los poemas mexicanos sacros tiene también la connotación de causar sonrojo o ser ocasión de deshonor. Asimismo, al ser la guerra el eje central del dominio de dicho pueblo, el fracaso en el combate se asociaba al deshonor y la vergüenza (Sahagún, 1989, citado en Hersch y González, 2011). Por su parte, Fossum y Masson (citado en Hersch y González, 2011) plantean desde una perspectiva genealógica, la existencia de una vergüenza heredada que sostiene a la actual, siendo la base para nuevos hechos vergonzosos. Para los autores, esto supone un ciclo generacional en el que la vergüenza se perpetúa en las interacciones diarias en función de injusticias pasadas.

Asimismo, en la “triple vergüenza”, Hersch y González (2011) ejemplifican mediante el caso de una madre que va a misa y tropieza acompañada de su nuera embarazada. En primer lugar, la mujer que tropieza resulta avergonzada al provocar la risa de los presentes, posteriormente recrimina a su nuera embarazada el no haberle evitado la caída. En consecuencia, la mujer embarazada también resulta avergonzada, causando en el niño por nacer, un perjuicio; de modo que resultan involucrados tres individuos.

Hersch y González (2011) señalan que existen registros históricos sobre emociones y sentimientos que pueden ser causantes de enfermedad como el caso del “susto”. Sin embargo, añaden que en el caso de la vergüenza no aparecen referencias históricas, pero sí datos etnográficos contemporáneos. A su vez, mencionan que la vergüenza aparece en los *huave* de San Mateo del Mar en Oaxaca, en la cultura zapoteca del istmo, *chontal*, *nahua*, *tzeltal* y *tzotzil*. Para los autores, en términos generales las causas de la vergüenza resultan de verse o

considerarse expuesto a la mirada de los otros, bajo condiciones que se confrontan con las normas de comportamiento.

Entre los *huave* de San Mateo del Mar la palabra *narangic* es un término utilizado para referirse a las enfermedades que se considera son provocadas por la acción humana. El *napaknasing* o fuerte vergüenza constituye una afección que se encuadra en el contexto de una situación humillante o vergonzosa (Hersch y González, 2011).

Los autores (Hersch y González, 2011) añaden que en relación con la vergüenza o *napaknasing*, se encuentra el *napakmbol* o fuerte susto, que también remite a la esfera de la dignidad, puesto que este tipo de susto es resultado de una intensa sorpresa surgida cuando alguien es descubierto en una acción íntima. Para Signorini y Tranfo (1979, citado en Hersch y González, 2011) la dimensión ética y la dignidad individual son elementos estrechamente ligados al comportamiento social y la valoración de la personalidad entre los *huave*.

Signorini y Tranfo (1979, citado en Hersch y González, 2011) señalan que el susto puede ser resultado de acciones que en sí mismas no resultan vergonzosas, sino que producen este efecto en el momento en que entran en relación con una situación de inconveniencia o ilicitud. El *napakmbol wis nisoet* o susto sobre el pecado, es una modalidad que combina el susto y la vergüenza como resultado de la sexualidad prohibida.

De igual manera, para los *Binnizá* (zapotecos del istmo) se identifica el susto y el “susto tonto” o *chibiguiidxa*, el cual aparece a partir de que un sujeto observa un acto que sale de la norma de lo aceptable socialmente, particularmente con respecto a actos sexuales. Por lo tanto, el que observa esta situación, ya sea con o sin intención puede presentar el *chibuiguiidxa* o “susto tonto”. En este caso el sujeto palidece y se debilita, asimismo, algún curandero o chamán con experiencia puede identificar si alguien presenta este tipo de susto. Ante esta situación, se interpela al sujeto sobre su observación con la intención de que éste refiera lo que ha visto, se utilizan distintas técnicas. Entre ellas, preguntar al sujeto lo que vio y que lo cuente con detalle; procedimiento que se lleva a cabo a orilla del río o en la playa, puesto que el sujeto es enterrado hasta el cuello, quedando solamente su cabeza afuera de la tierra. En esta posición es que se interroga al sujeto sobre sus observaciones. Una vez terminado este procedimiento, el sujeto es desenterrado y perseguido mientras se le golpea

con distintas hierbas (rameada) por parte de los que participan de la curación (Matus, P.; Carrasco, F. comunicación personal, 2018).

Por otra parte, en la terapéutica *chol*, se utilizan diversos procedimientos y elementos para la curación, sin embargo, podemos identificar como una constante a los rezos, así como el agua o tierra procedentes del lugar donde fue afectado el sujeto. En este caso, los autores refieren dos tipos de “aguas curadas”, la primera es utilizada para remojar el objeto al que se le atribuye haber desencadenado la vergüenza, por ejemplo, dinero. En segundo lugar, están las aguas con las que se lavaron las manos los comensales de una reunión, en donde se suscita la vergüenza, con la finalidad de acceder al agua que pasó por las manos del causante de la enfermedad (Hersch y González, 2011).

De acuerdo con la terapéutica de los *chol*, el rezo constituye una parte central de la cura en donde el curandero alude a las condiciones en que se origina el padecimiento. El curandero *chol* hace una profunda descripción del objeto al que se le atribuye la causa de la vergüenza. El rezo puede llegar a durar hasta dos horas dependiendo de la gravedad del caso y de las interrupciones hechas por el curandero. Los autores (Hersch y González, 2011) destacan que los rezos no necesariamente son inteligibles para los pobladores, quienes reportan que se puede tratar de un tarareo, con una entonación y monotonía particulares. En este sentido, el rezo parece no narrar, sino solo emitir sonidos; el grado de inteligibilidad y claridad de las palabras del rezo varía de un curandero a otro (Imberton, 2002, citado en Hersch y González, 2011). Sin embargo, la terapéutica *chol* introduce mayor cantidad de elementos u objetos como veladoras, un altar y el uso del vino, mismo que se derrama en el suelo formando una cruz, elemento que aparece constantemente en las distintas terapéuticas originarias, así como el uso de incienso y copal (Hersch y González, 2011).

Los autores (Hersch y González, 2011) destacan que tanto para los *nahua* de Copalillo, Los *huave* de San Mateo del Mar y los *chol* de Tila, la vergüenza tiene como origen una causa social; sin embargo, los procesos de cura no hacen una alusión directa a esta dimensión, sino que se orientan al objeto que genera el conflicto o la tensión. En las tres culturas mencionadas, se precisa un retorno a las condiciones generadoras de la vergüenza a través del rezo y los materiales que están involucrados; como en el caso de la sal o la tierra

como advocación a *Ixcuina-Tlazolteotl*, y por lo tanto a la desvergüenza. Asimismo, la formación de la cruz mediante distintos procedimientos es otro elemento presente en dichas terapéuticas. Por lo tanto, para Hersch y González (2011), el contraste entre estas terapéuticas nos permite identificar diferencias regionales en el tratamiento de la vergüenza, pero también una conformación original, que para los autores involucra un complejo de padecimientos considerados de orden emocional o afectivo. A su vez, y de acuerdo con la perspectiva de los *huave*, la vergüenza se puede entender de forma articulada con el susto.

Rubel, O’Neill y Collado-Ardón (1995) mencionan que todas las sociedades han tenido la necesidad de crear procedimientos para prevenir y tratar enfermedades, estos procedimientos constituyen dimensiones importantes de una cultura y son sensibles a los valores sociales. Los autores señalan que una de las tareas más importantes de la investigación antropológica es el de demostrar que en las prácticas de salud se ponen de manifiesto los valores, creencias y expectativas normativas predominantes y de las cualidades de las relaciones sociales.

Así mismo, los autores (Rubel, O’Neill y Collado-Ardón, 1995) señalan que los rituales terapéuticos ofrecen la oportunidad o las condiciones para resolver problemas interpersonales o grupales, haciendo la función de restaurador de la vida social. De igual manera, la experiencia de la enfermedad y la etnicidad se destacan como variables involucradas en los fenómenos patológicos.

Kleinman y Sung (citado en Rubel, O’Neill y Collado-Ardón, 1995) reportan no haber encontrado pruebas concluyentes de un caso de enfermedad en un grupo de pacientes de un santuario en Taiwán, sin embargo, los pacientes reportaron haberse sentido mejorados con el tratamiento recibido. Por ello es que los autores sugieren que antes de hacer una evaluación de la cura, es preciso abarcar todas las dimensiones de los problemas de los que se quejan los pacientes. Asimismo, señalan que la artritis se presenta en grupos culturales muy diversos de una forma más o menos homogénea en cuanto a características fisiológicas, mientras que los reportes de estas experiencias tienden a ser muy distintos según la procedencia étnica. Por ello Rubel, O’Neill y Collado-Ardón (1995) consideran falso que las enfermedades “exóticas” (fuera de la nosotaxia) sean las mismas, pero con nombres diferentes. Para los autores, los

procesos culturales y patológicos interactúan formando una nueva “entidad” que puede ser desconocida por la medicina que denominan “cosmopolita”.

Para Rubel, O’Neill y Collado-Ardón (1995) el estudio intercultural de la salud-enfermedad puede ser abordada a partir de las formas en que el paciente y su familia describen la condición. Los autores investigaron el grupo de síntomas clínicos que se denominan “susto”, el cual consiste en estar inquieto durante el sueño, estar inerte en la vigilia, débil, deprimido, con indiferencia al alimento y falta de higiene personal. Este padecimiento no se encuentra ligado en particular a un grupo étnico, ligado por la lengua o antecedentes culturales particulares. Éste fenómeno se presenta en varios países de Latinoamérica y Asia, en donde toma distintos nombres como pasmo, tierra, espanto o pérdida de la sombra.

En Malasia e Indonesia, la mayoría de las mujeres que presentan susto son de mediana edad y escasez de recursos económicos, responden a un sobresalto de forma excesiva, dejando caer algún objeto y expresándose en un lenguaje no apropiado (Rubel, O’Neill y Collado-Ardón, 1995). Desde esta perspectiva es preciso considerar los factores biológicos, emocionales y culturales y su interacción en la patología.

Para Rubel, O’Neill y Collado-Ardón (1995) el susto puede operar en uno o más de tres sistemas del sujeto: social, psicológico y orgánico. Alguno de estos sistemas puede verse afectado por estrés y transmitir este estado a los otros sistemas, de modo que participan los tres en el proceso de adaptación y defensa. En consecuencia, los autores plantean que la interacción entre procesos fisiológicos, psicológicos y sociales, producen variaciones en la salud relativa.

Asimismo, el equilibrio o salud es entendido como un estado temporal hacia el cual puede tender el organismo, pero que no se alcanza por completo, sino que se encuentra en constante interacción con fuerzas “estresantes” que se presentan en el espacio sociocultural, biológico y psicológico (Rubel, O’Neill y Collado-Ardón, 1995). Estos eventos exigen del individuo un gasto de energía para conservar su bienestar, si el organismo no es capaz de satisfacer esta demanda, puede desarrollar síntomas que pueden ser desde dolores de cabeza,

articulares o perturbación en las relaciones interpersonales o crisis emocionales (Rubel, O'Neil y Collado-Ardón, 1995).

Asimismo, Rubel, O'Neil y Collado-Ardón (1995), señalan que el susto se da en situaciones que son valoradas como estresantes por el individuo. Entre ellas, mencionan situaciones de marginalidad o movilidad cultural de las personas. El susto aparece como consecuencia de un episodio en que la persona no es capaz de cumplir alguna expectativa social sobre el papel que le corresponde, por lo que los autores destacan la influencia de las normas sociales en el desarrollo del cuadro clínico del susto. En el caso de las mujeres que participaron con Rubel, O'Neil y Collado-Ardón (1995), su socialización supone una expectativa a la sumisión, labores domésticas y a ser dependiente; mientras que para los varones se presenta una exigencia a la independencia, mostrar agresividad y responsabilidad hacia sus ocupaciones. Por lo tanto, una mujer no es susceptible de enfermar de susto cuando sus faltas no están de acuerdo con el papel determinado para la mujer. Asimismo, el varón puede enfermar de susto cuando se encuentren involucradas entidades en torno a la exigencia social y su papel en el grupo.

En los resultados obtenidos por Rubel, O'Neil y Collado-Ardón (1995) se atribuye como causa del susto a la abrumadora carga social de los campesinos de Oaxaca que formaron parte de la investigación. Los autores plantean que los asustados se ven "obligados" a disminuir sus actividades cotidianas. Uzzel (citado en Rubel, O'Neil y Collado-Ardón, 1995) menciona que el enfermo "pide tiempo" de las onerosas tareas que le corresponden. Estas posturas nos permiten aproximarnos a la interacción o correspondencia entre las dimensiones psicológica, biológica y social. En este sentido, podemos afirmar que la experiencia del sujeto en relación a sus obligaciones sociales se expresa mediante el cuadro clínico del susto; Rubel, O'Neil y Collado-Ardón, (1995) señalan que el enfermo "se ve obligado" a estar enfermo aunque no quiera, planteamiento que contrapone al de Uzzel (citado en Ruben, O'neal y Collado-Ardón, 1995) que señala que el enfermo, enferma para "pedir tregua" de la exigencia social. Considero ambas posturas complementarias, puesto que establecer que el sujeto "quiera" o "no quiera" enfermar, se está hablando en términos de una decisión a nivel consciente, mientras que las motivaciones de un individuo no dependen exclusivamente de sus decesos conscientes. Por lo tanto, no se precisa hacer la distinción de

si un sujeto es orillado a enfermar, o enferma como una salida, puesto que se trataría de un mismo proceso.

Asimismo, Hernández (2012) menciona que los problemas de salud entre los *teenek* de Veracruz se han asociado a la rudeza del trabajo que realizan y a condiciones precarias de vida. Sin embargo, desde la medicina tradicional *teenek*, las enfermedades se clasifican en dos tipos: las naturales y las “puestas”. A su vez, realizan una distinción entre enfermedades frías y calientes, por lo que el inicio de la estrategia curativa se da una vez que fue posible evaluar de qué tipo de enfermedad se trata. Las enfermedades consideradas naturales se tratan con plantas o sustancias minerales o provenientes de animales; mientras que las enfermedades “puestas” se relacionan con la brujería y el espanto. Para los *teenek* la relación con el ambiente no es meramente sensorial, sino a nivel orgánico, en tanto que las funciones fisiológicas aparecen relacionadas con los elementos de la naturaleza; por ejemplo, los pulmones con el aire, el cuerpo con la tierra, la sangre con el agua, y la luz con el calor corporal y el pensamiento. Por lo tanto, desde esta perspectiva, el ser humano se encuentra en una correspondencia con la naturaleza; por lo tanto, esta integración al orden natural de las cosas involucra también la norma social. En consecuencia, un acto de transgresión social tiene efecto en el orden cósmico, desde sequías, inundaciones, hasta enfermedades (Hernández, 2012).

En el diagnóstico de la enfermedad, el curandero *teenek* denominado *ilaalix*. Se entrevista con el paciente en donde éste describe de forma detallada sueños y situaciones que considera son la causa de su enfermedad. Posteriormente el *ilaalix* realiza una “limpia” con huevo. Es decir, realiza un procedimiento en el cual recorre con un huevo el cuerpo del paciente; posteriormente el huevo es vertido sobre un vaso de agua. De este modo, el curandero realiza una evaluación de la enfermedad; si esta es natural, puesta, fría o caliente.

2.7 Mizcotón y la cura en relación a los otros

En las comunidades nahuas del estado de Morelos se reconoce la enfermedad del mizcotón, de la voz náhuatl “*mizton*” (gato) y del español “cotón” que es gabán. Por ello los pobladores lo traducen como “gabán de gato”, sin embargo, también se le da el nombre de “quiere gato” o “*kinekimizton*”. Las características clínicas del *mizcotón* van desde la predilección por un solo alimento, ya sea chile, tortilla o carne; se pellizcan a sí mismos en las manos y el cuerpo, entre otros síntomas como acercarse al comal para sentir el calor e hinchazón en todo el cuerpo (F. García, 2011).

F. García (2011) considera al *mizcotón* asociado con las condiciones alimentarias y nutricionales de la población, puesto que, entre sus síntomas clínicos, particularmente en Coatetelco, está la urticaria y la diarrea; en este lugar la enfermedad no es producida por el gato, sino por los Santos: San Antonio y Santo Domingo. Asimismo, se reporta que la enfermedad llega con las lluvias, a partir del día de Santo Domingo, sin embargo, F. García reporta que existen casos en los que la enfermedad se da fuera de estos periodos, sugiriendo que esto se debe a casos crónicos o no diagnosticados a tiempo. En la concepción nahua, la lluvia (y las condiciones que ella genera) es un factor en relación con la enfermedad, poniendo de manifiesto la influencia del entorno y la naturaleza en el cuerpo vivo.

Para la curación, el curandero elabora cinco trozos de papel donde escribe las palabras “pregunta, aire de calle, aire de campo, San Antonio, Santo Domingo”. Posteriormente los deposita en una bandeja con agua que contiene dos velas, previamente colocadas sobre monedas en el agua. El papel que se adhiere a la vela es consultado, de modo que el curandero, mediante esta ejecución y la limpia de huevo, determina el tratamiento a seguir. El tratamiento puede variar en alguno de sus elementos, pero principalmente consiste en una ceremonia o celebración, en donde el número de asistentes y los consumibles necesarios son determinados por el curandero (F. García, 2011).

Como parte del ritual de curación el niño es vestido de rojo, asimismo, se produce un adorno de éste mismo color con listones y una tela. Se llevan galletas, dulces, tomates y chiles, algunos de los cuales son puestos en la cabeza del niño que está sentado en un cuarto.

Si el niño comienza a comer los alimentos quiere decir que el tratamiento es adecuado, mientras tanto los hombres que están afuera del cuarto rascan la puerta y hacen ruidos de gato. Posteriormente la madre hace una salsa con los tomates y chiles y el infante la ingiere, se truena un cohete para espantar al gato y se sirve mole verde a los asistentes. Asimismo, durante la ceremonia y durante la preparación de los alimentos se consume estrictamente alcohol y tabaco, y se precisa estar de buen humor. La festividad gira en torno al enfermo (F. García, 2011). El *mizcotón* y el proceso terapéutico que lleva a su curación, cobran sentido en un determinado contexto cultural, donde es de suma importancia la relación del enfermo con los elementos que le rodean, desde la temporada, los fenómenos de la naturaleza, las relaciones familiares y sociales, elementos que se dan cita en el organismo vivo.

En este mismo sentido me parece importante señalar los planteamientos de Sotomayor (citado en Avendaño, 2013), quien señala que las prácticas de sanación ritual han tenido una gran importancia histórica en diferentes sistemas médicos. Para el autor, los rituales colectivos de sanación operan de forma sinérgica a través de distintas fuerzas. En primer lugar, el intenso deseo de sanar, que ejemplifica con las peregrinaciones, que requieren un gran esfuerzo físico, mental y económico para llegar a los lugares donde se considera existen elementos para la sanación. En segundo lugar, el acompañamiento colectivo, que funciona como apoyo emocional de los acompañantes hacia el enfermo o también de otros enfermos.

Aunado a esto, Sotomayor (citado en Avendaño, 2013) menciona el carisma del sanador en tanto que la acción curativa se constituye de técnica y amor, sosteniendo el autor la premisa de que la presencia del sanador o médico es la primer medicina. A su vez, señala que el ritual y su ritmo (de menos sagrado a más sagrado) permite al enfermo y a la colectividad entrar en un estado de concentración que permita la sugestión y autosugestión facilitando estados mentales-cerebrales que dan lugar a la creación de una realidad o virtualidad que puede operar favorablemente en el organismo. Finalmente, señala que los testimonios de mejoría o curación de otros enfermos, también puede funcionar, en el sentido anteriormente descrito, como un factor de “contagio de sanación”.

A partir de estos planteamientos, considero que es posible entender la cura del *mizcotón* como un proceso terapéutico, como una ritualidad colectiva que permite al niño reafirmarse dentro de la comunidad. En este punto es preciso hacer una analogía con respecto a lo postulado por Kakar (citado en Peña, 2000), en tanto pone de manifiesto que, en las técnicas tradicionales de curación hindú, la persona se constituye a partir de relaciones abiertas y relativas, mientras que, en la sociedad occidental, la persona se concibe con una naturaleza indivisible, homogénea y cerrada. Para el autor este hecho supone una de las principales diferencias entre la práctica psicoanalítica y la cura *chamánica*, puesto que la segunda plantea en su psicoterapia una enfermedad que tiene su origen en términos de niveles de grupo, y en la primera se trata de una fantasía individual. En consecuencia, es posible añadir al planteamiento de F. García (2011), a cerca de la etiología del *mizcotón* en relación con la desnutrición, la posibilidad de participación de factores intersubjetivos en su tratamiento, resolución y etiología.

Por su parte, Goffman (2005) menciona que todas las personas vivimos en un mundo social de encuentros que involucran un contacto cara a cara. El autor plantea que, en cada uno de estos contactos, los individuos tienden a involucrarse en un patrón de actos verbales y no verbales que denomina “línea”. Es mediante estos patrones o “línea”, que el individuo expresa su visión de la situación y realiza la evaluación de los participantes y de sí mismo. Mientras que el término “cara” es utilizado por Goffman para referirse al valor positivo que una persona adquiere en función de la “línea” que los demás asuman que ha adoptado. En este sentido, para Goffman el término “cara” establece una delimitación en términos de atributos sociales que son aprobados. En consecuencia, considero que los conceptos de “cara” y “línea” nos permiten aproximarnos a la forma en que el ritual colectivo constituye una reafirmación del niño que “quiere gato”, dentro de la comunidad y, como se mencionó anteriormente, en la vergüenza o el susto, denota el papel de las normas sociales y los afectos que se tramitan a partir de estas, en los procesos patológicos. A su vez, los participantes del ritual curativo del *mizcotón*, que consiste en una fiesta, adoptan una “línea”; obteniendo una “cara” (por ejemplo: quien no esté dispuesto a beber o fumar debe abstenerse de participar en el ritual), y al estar la festividad en torno al niño con *mizcotón*, este también obtiene “cara”.

Con respecto a lo anterior, considero pertinente abordar la problemática del mito colectivo y el mito individual para el caso del *mizcotón*. En este sentido, Peña (2000) menciona que el efecto traumatizante de una situación o acontecimiento pasado en la vida de un paciente no tiene un carácter intrínseco, sino que se fundamenta en una estructura preexistente. En consecuencia, lo inconsciente consiste en un conjunto de estructuras preexistentes y sus leyes. Lo que Lacan (citado en Peña, 200) considera el orden simbólico. Para Levis-Strauss y Lacan, el inconsciente no es un depósito de particularidades subjetivas, sino una función simbólica que impone leyes a un conjunto de elementos inarticulados. Ya sea que en principio el mito sea individual o colectivo, el inconsciente impone en ambos su estructura. Consecuentemente, el inconsciente, al ser producto de la función simbólica, es entendido como un lenguaje. Sin embargo, aun cuando la lógica de la cura *chamánica* y la cura psicoanalítica se supedita a la función simbólica, en la civilización contemporánea, la experiencia mítica y sagrada solo se expresa en el plano individual y no colectivo (Peña, 2000).

Peña (2000) menciona que, entre los pueblos siberianos, el *chamán* es el individuo que desempeña distintos roles, desde políticos, mágicos, y religiosos. En el espacio terapéutico utiliza técnicas específicas de trance controlado, con la finalidad de utilizar estados alterados de consciencia en la cura. De igual forma es importante señalar que la palabra “*chamán*” significa en las lenguas siberianas “exaltado”. Para el autor, la noción de chamanismo es muy amplia en el sentido de que es aplicable al sujeto que cura enfermedades valiéndose de técnicas con una fuerte carga simbólica. Por lo tanto, para el autor, el brujo, el *chamán*, el médico tradicional, el místico etc. son variantes que da cuenta de una lógica transcultural de curación.

Para Lévi-Strauss (citado en Peña, 2000) el psicoanalista está incluido en esa lógica, sin embargo, Peña destaca que una de las diferencias más remarcables entre la cura *chamánica* y la psicoanalítica consiste en que la segunda no apela al culto del individuo como forma ideal del grupo, lo cual supone tener como objetivo el apuntalamiento del ego. Para el autor, este procedimiento es equivalente a las técnicas contemporáneas más difundidas, las cuales ofrecen fantasías primarias que operan como mitos colectivos sujetando al individuo a los ideales superyoicos de la sociedad. Por lo tanto, la diferencia con Lacan, radica en que

éste pretende desmentir la naturaleza imaginaria del mito individual; el complejo edípico que encubre la presencia de la castración, que da lugar a la neurosis. Mientras que Lévi-Strauss sitúa en el mito, la eficacia de la cura. Para Peña (2000), la originalidad y subversión de la propuesta lacaniana consiste en que la experiencia analítica apunta a un real, que en el mito neurótico es reprimido. En consecuencia, el psicoanalista no apuntala al “yo” ni al “ideal del yo”, sino que pone de manifiesto al sujeto como sujeto del lenguaje y de la castración (Peña, 2000, pp-15). En este sentido es que considero la festividad que gira en torno a la cura del *mizcotón*, como una manera de reafirmar al sujeto dentro de su comunidad, en los términos anteriormente descritos de apuntalamiento del “yo”.

2.8 El mal de ojo y la psicología de la mirada fija

Para aproximarse al estudio del mal de ojo, Siebers (1985) plantea la “psicología de la mirada fija”. El autor considera que la conducta visual de los individuos puede ser caracterizada en el continuo: ver, mirar fijamente, espiar y hacer mal de ojo. En un primer momento, “ver” implica la percepción de un ente y distinguirlo de su entorno, aunque sea desinteresadamente. En segundo lugar, “mirar” implica un mayor grado de interés visual; al ser una mirada fija, el observador juzga y determina si es agradable o no, asigna un valor de uso al objeto de su observación.

Siebers (1985) menciona que los actos de mirar fijamente y espiar son externalizaciones de un mayor interés, curiosidad o deseo sexual. Para el autor, cuando una mirada fija tiene por objeto a otro ser humano, puede ocurrir que el observado se percate de estar siendo objeto de una mirada fija, por ello responde justificadamente con una mirada fija que expresa el haber sorprendido al primer observador en el acto de mirar fijamente. El contacto visual podría finalizar ahí, sin embargo, si el primer observador continúa mirando fijamente, pero de reojo, ocultando su actividad, entonces este espía, mantiene bajo observación con un propósito hostil puesto que desobedece la orden visual de la otra persona para dejar de mirarle fijamente; hace caso omiso a su derecho de privacidad, imponiéndole la mirada.

Siebers (1985) señala que la situación se torna más compleja si la psicología patológica está involucrada. En un primer momento el autor describe un continuo visual siguiendo lineamientos objetivos, sin embargo, menciona que si el espiar coincide con un accidente o merma en la salud, el observador puede ser inculpado de causar el daño; de poseer el mal de ojo.

Greenacre (citado en Siebers, 1985) menciona que los individuos inseguros son proclives a definir al ojo como artefacto de poder y agresión. Por su parte, Siebers ejemplifica el fenómeno de atribuir un poder a la mirada del otro a partir de los diarios de Kafka, en donde un individuo mira a Kafka mientras trata con dificultad de cortar un melocotón con un cuchillo. Al darse cuenta de que es observado, se avergüenza y abandona dicha tarea. Aquí señala Siebers una relación bidireccional: Kafka no puede cortar el melocotón porque el hombre lo mira fijamente, y éste lo mira fijamente a causa de que no puede cortar el melocotón. Kafka abandona la tarea de cortar el melocotón con la intención de que el otro retire su mirada, sin embargo, al no retirarla, ésta se torna objeto de terror para quien es objeto de ella en tanto que simboliza una invasión al espacio personal. En esta circunstancia Kafka decide desafiar esa mirada dando un mordisco desesperado, a pesar del mirón (Siebers, 1985).

Kearney (citado en Siebers, 1985) señala que existe una relación entre psicopatología y superstición. Señala que existen personalidades paranoicas, que tienden a atribuir poderes malignos a los otros, en consecuencia, plantea la existencia de sociedades paranoicas. En contraste, Siebers (1985) menciona que para Kearney la superstición queda excluida de la psicología normal, rehusándose a la idea de que el individuo normal y sano también pueda operar bajo una lógica supersticiosa. En consecuencia, para Siebers, no es preciso tener esquizofrenia o paranoia para desear que la mirada de los otros se aparte, el individuo sano también teme la mirada de los otros, puesto que ésta le pone a prueba. Para el autor, la diferencia radica en que los estados patológicos permiten una comprensión más directa de la lógica supersticiosa en tanto que funcionan como prototipos de esta lógica, puesto que llegan a exaltar o “caricaturizar” la lógica supersticiosa que es común a sujetos patológicos como normales.

Siebers (1985) señala que, la mirada de los otros nos introduce en una lógica de la superstición de las relaciones interpersonales. Para el autor, la visión sirve como hilo de unión entre hechos que de otra forma permanecerían inconexos. Añade Siebers que, cuando la cadena normal de causas y efectos se rompe, la primera reacción es determinar la causa de dicha crisis, suscitándose especulación y preocupación, como en el caso de la enfermedad cuando no sigue una lógica común. En este sentido, destaca el autor que la noción de azar aparece de forma reciente en el pensamiento humano, el pensamiento causal aparece incluso de forma subyacente en las instituciones científicas, que buscan determinar las causas de los fenómenos. Si bien Siebers señala que independientemente de las diferencias que puede haber entre lo que denomina “lógica primitiva” y “lógica científica”, los seres humanos tendemos a pensar que todo lo que sucede tiene una causa.

En el terreno de las relaciones interpersonales, Siebers (1985) menciona que los seres humanos tendemos a culpar a los demás, tratando de determinar qué o quién es responsable de los hechos inexplicables. En este sentido, los accidentes o errores entrarían dentro de una lógica acusatoria. Para el autor, la lógica acusatoria es equivalente al pensamiento categórico, en tanto se tome el sentido original de *kategorema* que significa denuncia o acusación pública. Por otro lado, la transición del miedo a la mirada fija hacia la superstición del mal de ojo, subyace en esta lógica acusatoria. Siebers señala que, cuando la lógica causal se rompe, por ejemplo, al cometer un error frente a los otros y no asumir la responsabilidad, ocurre un resquebrajamiento de la cadena causal que requerirá de cierta lógica para restablecerse; de modo que ocurre mediante una categoría que suprima la responsabilidad del sujeto y a su vez logre mantener una coherencia con respecto del hecho ocurrido.

En consecuencia, en lugar de aceptar el error, se atribuye el poder necesario al otro, invistiéndolo inconscientemente de tener el poder de influir en los demás, circunstancia que lo destaca de entre los otros, pero a su vez, le vuelve despreciable (Siebers, 1985). Destaca Siebers que, la crisis de las relaciones causales puede ser imaginaria o causada por un accidente genuino, sin embargo, en cualquiera de los casos, la lógica acusatoria implica la carga psicológica de la exigencia de una causa que explique los hechos. Por lo tanto, para Siebers, el hecho de creer que la mirada causa accidentes, atribuye a la mirada una diferencia más categórica que real.

Por su parte, Gifford (citado en Siebers, 1985) hace mención de una encuesta realizada a 1300 estudiantes en la Universidad de Stanford, con la finalidad de registrar el efecto de la mirada fija en la psicología interpersonal. Siebers señala que, aun cuando estos individuos pudieran considerarse “racionales”, el 84% de las mujeres y el 74% de los hombres expresaron la creencia de que la mirada puede sentirse. En este sentido señala Siebers que, aunque la creencia en el mal de ojo pueda no ser tomada en serio en las academias, de forma inconsciente los estudiantes fueron voceros de una de las premisas fundamentales del mal de ojo. Añade el autor que, al llevar a cabo la experimentación sobre la posibilidad de percibir una mirada, esta resulta falsa.

En este sentido Siebers (1985) señala que el alcance de la mirada delimita un espacio en una lógica supersticiosa, puesto que la línea de visión puede transformar los incidentes en coincidencias; es decir que, a través de la visión se establece un hilo de unión a partir de hechos originalmente inconexos. A partir de estos planteamientos, el autor ejemplifica mediante un caso cotidiano en donde un hombre observa a otro realizar una tarea y posteriormente, al hombre que actúa le ocurre un accidente. En función de la lógica acusatoria que se ha planteado anteriormente, el hombre que observa puede ser objeto de acusación, puesto que, al observar al otro con demasiado interés, se le acusa de contribuir a la torpeza del hombre que realiza la tarea.

Asimismo, Siebers (1985, pp.72) señala el ejemplo de una anciana que camina por la calle y en su camino encuentra a un individuo de aspecto sospechoso, ésta no le observará con la finalidad de evitar una forma de contacto, o de “inmiscuirse en el dominio del otro”, pudiendo ser objeto de su violencia. En este sentido el autor añade que, la mirada fija está en relación con las pautas psicológicas de predominio y sumisión propias de la especie incluso manifestándose en la creación literaria. A su vez, menciona que el contacto visual precede a cualquier otra forma de contacto, influyendo en toda interacción social ulterior. Por su parte, Garrison y Arensberg (citado en Siebers, 1985) mencionan un caso en donde un fotógrafo pretendía fotografiar a un grupo de changos, sin embargo, la conducta de éstos era extremadamente agresiva, puesto que le enfrentaban con gesticulaciones amenazadoras. Sin embargo, el fotógrafo descubre que si desvía la mirada y solo los observaba por el lente de

la cámara, las amenazas cesaban. Por lo tanto, Siebers señala que no era la presencia del fotógrafo lo que intimidaba a los monos, sino su mirada fija.

El mal de ojo no es una creencia universal, a pesar de presentarse en diversas culturas del mundo. Lo que sí es común es el miedo a la mirada fija, por lo tanto, para Siebers (1985), todo estudio sobre el mal de ojo debe de partir de este hecho. En el caso de este trabajo, los planteamientos de Siebers acerca del mal de ojo permiten dar cuenta de las maneras en que opera la intersubjetividad y la lógica acusatoria en torno a procesos de salud y enfermedad. En este sentido, me parece importante señalar que, como se ha mencionado anteriormente, los procesos patológicos, así como el sanar, involucran una responsabilidad del sujeto mismo, por lo que la lógica acusatoria o pensamiento categórico como posibilidad de abandonar dicha responsabilidad sobre la enfermedad o el error, nos permite entender de forma más estrecha la relación entre patología y mal de ojo.

3. Palabra: sentido, narrativa y acto

3.1 La voz del sujeto entre los discursos de la salud

Fernández Gaos (2009) menciona que en diferentes momentos de la historia se han producido diversas maneras de intentar dar un estatuto al ser humano y de definir su realidad en tanto independiente de las condiciones sociales, políticas y económicas de cada circunstancia y sus ordenamientos. Sin embargo, para el autor, el ser humano es forjador, actor y producto de su condición. Asimismo, Fernández Gaos pone de manifiesto el hecho de que los ordenamientos designan al sujeto, es decir que lo instituyen como ciudadano, socio, delincuente, etc. En otras palabras, habla de un sujeto ineludiblemente puesto en circunstancia. Una vez que el sujeto es signado, se le inscribe en un entramado social que justifica la manera de actuar hacia él, ya sea a favor o en contra (Fernández Gaos, 2009).

Asimismo, Fernández Gaos (2009) señala que, por un lado existen diferentes discursos que pretenden dar cuenta del sujeto, mientras que por otra parte, su palabra y su restitución constituyen un proyecto diferente de aquel en el que está inscrito. En otras palabras, hablar del sujeto supone tomar una postura con respecto de él, llevando implícito un proyecto y una puesta en perspectiva de sus posibilidades. De igual manera, Fernández Gaos pone de manifiesto que el sujeto se niega a ser anulado en los discursos que definen sus coordenadas, para restituirse la posibilidad de vivir en sus términos. Con respecto a la enfermedad, el autor (Fernández Gaos, 2009, p.72) menciona: “el discurso científico de la salud fijará las coordenadas en las que la enfermedad tomará el lugar que el propio discurso prescribe”. En consecuencia, otros lenguajes son silenciados, aquellos que dan cuenta de culpas, pasiones, deudas o destinos que son “denunciados” por el cuerpo.

Fernández Gaos (2009) menciona un pasaje de La Odisea, donde Odiseo es capturado junto con 12 hombres más por el Cíclope Polifemo, que se alimentaba de humanos. Ante esta circunstancia, Odiseo ofrece vino a Polifemo. El cíclope, agradecido, pregunta su nombre a Odiseo y éste contesta: “Nadie”. El cíclope en agradecimiento asegura que a “Nadie” se lo

comerá al último por haberle ofrecido vino. Una vez que el cíclope se queda dormido, Odiseo le clava una estaca en el ojo, y una vez que llegan los demás cíclopes en su auxilio, éstos preguntan a Polifemo quién le había atacado, Polifemo responde “Nadie”. Esta identidad generada no permitió al cíclope generar una referencia concreta, lo que para Odiseo significa la apropiación de una palabra que le permite descolocarse de un sentido otorgado, es decir, de la identidad y el destino al que estaba condenado. Para Fernández Gaos (2009) la propuesta psicoanalítica del inconsciente refiere a la imposibilidad de acotar al sujeto con discursos que le son ajenos, señalando que el sujeto es un artificio o creación discursiva que permite la ilusión de algo aprehensible o sujetable y que es poseedor de un sentido.

En consecuencia, Fernández Gaos (2009) insiste en que todo intento de decir algo sobre el sujeto implica tomar una postura con respecto de él y de sus proyecciones. Asimismo, señala que el ser humano ha generado discursos sobre sí mismo y que éstos responden a un interés. En otras palabras, el ser humano, incluso al aproximarse al estudio de sí mismo, crea ordenamientos que, además de hacerlo diferenciable del resto de los seres vivos, justifica y vuelve inteligible un régimen de privilegios y sanciones. Para el autor, la historia del pensamiento puede entenderse como las distintas maneras en que se han gestionado las preguntas con respecto de las características definitorias del ser humano. Fernández Gaos (2009) añade que las caracterizaciones del ser humano, de las que él mismo ha sido productor, se encuentran consolidadas a modo de que aparecen como producto de una voluntad ajena o de una naturaleza que le determina, desligándole de una responsabilidad con respecto de sus propias caracterizaciones.

Fernández Gaos (2009) menciona que con la sociedad industrial se ha establecido un paradigma que establece los términos en que se elaboran y responden las interrogantes. Este paradigma condiciona el modo de formular problemas cotidianos, siendo la vivencia personal marginada y descalificada. El autor señala que, en el discurso científico, el lenguaje y el sentido común quedan invalidados de sus contenidos afectivos, íntimos y subjetivos. En consecuencia, el sujeto queda alienado a las disposiciones de una razón para ser comprendido, explicado y tratado.

Para Fernández Gaos (2009) estos discursos prefabricados establecen la forma de preguntarse sobre los acontecimientos de la vida cotidiana, para lo cual se suele responder con una estadística que incluye al sujeto en un grupo o categoría excluyéndole como singularidad y subjetividad. En consecuencia, la singularidad es articulada en las coordenadas de un sujeto abstracto o promedio. Asimismo, el autor menciona que, durante el intercambio de términos entre médico y enfermo, el primero tratará de ubicar al sujeto en las coordenadas establecidas por el discurso científico de la salud. En consecuencia, quedan silenciados otros lenguajes, puesto que la experiencia en el cuerpo, así como lo que sucede en el organismo, son situados en un sentido unívoco que se corresponde con las premisas que definen la noción de cuerpo y de las condiciones capaces de afectarlo. Para el autor, la ciencia no logra ser interlocutor del discurso íntimo del sujeto, sin embargo, el cuerpo no deja de ser un espacio en donde se inscriben acontecimientos de la vida afectiva del sujeto (culpa, pasiones, etc.).

3.2 Biografía y padecer: sobre las causas y el porqué de la enfermedad.

Para Chiozza (1998) introducir el término de “condición necesaria pero no suficiente” en la enfermedad, nos permite fundamentar una nueva terapéutica. A partir de esta condición necesaria pero no suficiente, el autor plantea la posibilidad de superar la dicotomía que establece la distinción entre la psicogénesis o la somatogénesis de la enfermedad, además de ampliar los recursos de la terapéutica. El autor ejemplifica la “condición necesaria pero no suficiente” mediante el caso de la tuberculosis, donde se aplica un medicamento (ácido paraaminosalicílico) con la finalidad de atacar al bacilo de Koch, obteniendo una mejoría en el paciente. Sin embargo, el bacilo de Koch no es la causa de la tuberculosis, ya que se le puede encontrar en otras personas que no padecen esta enfermedad.

Para Chiozza (1998) el estudio de las enfermedades, su reconocimiento e individuación ha estado orientado a definir las causas o el cómo de la enfermedad, mientras que el autor destaca la importancia de preguntarse a su vez el porqué de la enfermedad. También señala que la pregunta “¿por qué?” contiene una fuerte raigambre afectiva en tanto

que interesa al paciente. El autor ejemplifica mediante el caso de hepatitis infecciosa, en donde su causa puede atribuirse a la presencia de un virus, sin embargo, en este sentido, la investigación y la terapéutica quedan acotadas al conocimiento de los virus. Por otra parte, si el virus es una condición necesaria pero no suficiente para la hepatitis, entonces es posible explorar en el dominio de lo anímico, otra condición necesaria pero no suficiente. En este sentido, el autor señala la existencia de un conflicto particular y específico, entre los sentimientos de envidia inconscientes y la dificultad de materializar ideales, en relación con un desorden hepático. En consecuencia, la discusión sobre el origen orgánico, psíquico o social de la enfermedad puede ser superada en tanto se abandone la idea de una “causa única”, dando lugar a la reivindicación del derecho de cada campo del conocimiento a orientarse a un fenómeno en función de su objeto de estudio (Chiozza, 1998).

Sin embargo, Chiozza (1998) menciona que esta apertura para la investigación y la terapéutica, si bien muchas veces incorpora un beneficio, puede resultar en una situación antipática e incómoda para el médico y el paciente. El autor ejemplifica mediante el caso de un hombre con dolor en un brazo. Éste llega al traumatólogo a causa de un dolor en el hombro derecho, asimismo, se acompaña de un dolor que “quema” en los dedos pulgar, índice y medio. Esta situación empeora a pesar de la aplicación de analgésicos por parte del médico y sólo disminuye cuando el paciente levanta el brazo con el codo hacia afuera. A su vez, la radiografía muestra, entre la quinta y la sexta vértebra, un posible pinzamiento del nervio; dicha zona corresponde con la inervación que llega hasta los dedos.

Hasta el momento, Chiozza (1998) refiere que se presenta una explicación lógica de los síntomas, ligados a una causa. En este caso, aparentemente la presión sobre el nervio, ejercido por las vértebras, libera tensión en la zona con el movimiento de levantar la mano. Sin embargo, al no ceder el dolor en términos generales para el paciente, y tras comentarios de la familia, el traumatólogo decide consultar a un médico con formación psicoanalítica. Para Chiozza, el traumatólogo, con este movimiento, deja de orientar su pensamiento únicamente a la determinación de las causas (independientemente si son psíquicas o somáticas), lo cual le permite tener una mayor apertura hacia una terapéutica que busca conocer a su vez, las causas, y los motivos o el sentido de la enfermedad en una trayectoria de vida. Tras consultar al colega con formación psicoanalítica, se ofrece una nueva

explicación que no necesariamente resulta incompatible con la explicación orgánica del fenómeno. Por el contrario, puede entenderse de forma integrativa (Chiozza, 1998).

Tras la entrevista con el médico con formación psicoanalítica, éste se percató de que el sujeto con el dolor en el brazo, un hombre de 45 años de nacionalidad alemana, tiene la percepción de que su esposa lo desprecia y le exige sobre su escasa capacidad de progreso económico. Por lo tanto, experimenta la sensación de que no es respetado como esposo y como jefe de familia. Asimismo, trabaja para la familia de su esposa. Antes de la aparición del dolor, un amigo de los dueños de la empresa donde trabaja el paciente, sustrajo una cantidad importante de dinero para perderla posteriormente. Sin embargo, los dueños perdonan esta deuda, evento que permite que se asome a nivel consciente la angustiante idea de robar anteriormente reprimida (Chiozza, 1998). En este sentido, el autor destaca que la mano culpable es la que presenta el dolor, así como los tres dedos que le arden, son aquellos con los que cuenta los billetes que pasan por sus manos. A su vez, la posición del brazo que le ofrece cierto alivio, corresponde al gesto inconsciente en donde el sujeto se abstiene, simbólicamente, de meter la mano en la caja donde está el dinero. En este caso, el médico con formación psicoanalítica esclarece el simbolismo de los síntomas y su vinculación con episodios biográficos (Chiozza, 1998).

Asimismo, aun cuando se agendó una segunda cita, el paciente no asistió. Posteriormente hizo saber, indirectamente, que había sanado de sus molestias mediante la ingesta de un medicamento recetado por otro médico (uno muy similar a los que se le aplicaron en el primer tratamiento, sin resultados), añadiendo que, el segundo médico (con formación psicoanalítica) estaba totalmente equivocado en su enfoque sobre la enfermedad.

De este caso, Chiozza (1998) concluye dos aspectos fundamentales, en primer lugar, que tanto para el médico como para el enfermo, una explicación mecánica de la enfermedad evitaría el preguntar a cerca de un “porqué” de la enfermedad, puesto que esto representa una incursión en las emociones penosas que dieron lugar a la enfermedad. En segundo lugar, y de forma consecuente, señala que el encontrar una causa no nos exige de investigar el “porqué” en el terreno de los significados inconscientes. A su vez, el hallazgo de un “porqué” comprensible en el terreno de lo psicológico, tampoco nos exige de investigar las causas

eficientes que explican la transformación en la configuración y función de los órganos en el caso de un trastorno.

En este sentido, Chiozza (1998) menciona que la investigación psicoanalítica se encuentra en posibilidad de arrojar luz en el descubrimiento de condiciones necesarias de enfermedad, desde el terreno de lo anímico. Añade que, aun cuando los pacientes puedan presentar idénticas cifras en su cuadro hemático, esto no implica que se supediten a los mismos fenómenos y experiencia clínica. Por lo tanto, el ejercicio de conocer las causas y los motivos de la enfermedad permite conocer las condiciones necesarias para que esta adquiera una determinada forma, localización y evolución particular.

3.3 El observador y sus explicaciones

Me parece pertinente abordar los planteamientos de Chiozza (1998), sobre las causas y el porqué de la enfermedad, a partir de lo que Maturana (2002) define como diferentes dominios de explicaciones. Maturana menciona que los seres humanos, en la praxis del vivir creamos distinciones como observadores, es decir, en el lenguaje. Para el autor la experiencia sucede como viniendo de “ninguna parte”, frente a lo cual damos una explicación. A partir de ello, Maturana señala que, en este acaecer del vivir, la explicación es operacionalmente secundaria a la experiencia en la praxis del vivir, por lo que las experiencias y descripciones no reemplazan lo que ellas describen o explican. Asimismo, añade que al formular preguntas, que demandan una explicación, como en la vida cotidiana, suceden dos cosas: En primer lugar se realiza una reformulación de una situación particular de nuestra praxis del vivir a partir de otros elementos de nuestra praxis del vivir. En segundo lugar, esta reformulación es aceptada o rechazada por un oyente, como reformulación de su praxis del vivir. Por lo tanto, al ser un observador quien acepta o rechaza una afirmación o reformulación de esta praxis, de acuerdo a si satisface o no un criterio de aceptación implícito o explícito, el observador tendrá una manera de escuchar. Si esta manera de escuchar del observador, corresponde a la que tiene un conjunto de observadores que aceptan las mismas explicaciones, entonces se

forma un dominio de explicaciones. Estos siempre son aplicados cuando escuchamos (Maturana, 2002).

En consecuencia, Maturana (2002) menciona que existen diversos dominios de explicaciones que, a su vez, devienen en dominios de acciones que se legitiman por las explicaciones aceptadas en este dominio. Por lo tanto, cuando un dominio explicativo especifica un dominio de acciones legítimas, en la praxis del vivir del observador, se especifica un dominio cognitivo. En otras palabras, la realidad que se vive a partir de nuestras proposiciones explicativas determina las coordinaciones de acciones que ocurren (Maturana, 2002).

Por lo tanto, Maturana (2002) señala que los diferentes dominios cognitivos en que vivimos los seres humanos se intersectan en nuestra corporalidad, ocurriendo en estas relaciones de operaciones que, desde otro punto de vista ajeno al cuerpo, pertenecen a dominios cognitivos no intersectantes. Para el autor, una ilusión surge cuando se realiza una distinción de relaciones entre operaciones de dominios cognitivos distintos, por lo que una afirmación o acción elaborada desde un determinado dominio cognitivo, no es válida en otro dominio cognitivo. En este sentido, una afirmación cognitiva es una operación que resulta de coordinaciones de acciones en un dominio explicativo específico en el que se encuentra el observador. Cuando existe desacuerdo entre dos observadores, es porque operan en dominios distintos; corresponden a comunidades consensuales distintas en tanto que validan acciones legítimas diferentes en la explicación de su praxis del vivir.

Así mismo, Maturana (2002) señala dos modos explicativos o formas de objetividad mediante los cuales podemos ubicar las posibles relaciones entre dominios cognitivos. Desde lo que el autor denomina “la objetividad sin paréntesis”, se plantea el camino explicativo en donde la razón es una propiedad constitutiva del observador, una característica cognitiva mediante la cual descubre la realidad como si ésta existiese independientemente de lo que el observador hace. En este camino explicativo, la búsqueda de la realidad se orienta a la elaboración de un argumento racional, convincente e innegable, dando lugar a una imposición.

En contraparte, para el autor (Maturana, 2002), el camino explicativo de “la objetividad entre paréntesis”, la razón está en función de las coherencias operacionales en el discurso lingüístico de la explicación del observador en su praxis del vivir. En este sentido, la racionalidad no es una propiedad del observador que le permita acceder al conocimiento de algo que exista independientemente de su acción. Por el contrario, desde este camino explicativo, la razón está en función de coherencias operacionales en el lenguaje propio de un dominio particular de la realidad, el cual se fundamenta precisamente mediante la acción/operación del observador.

Para Maturana (2002) este camino explicativo establece que cada sistema racional es un sistema de discursos coherentes a partir de premisas básicas aceptadas previamente, que pueden o no, ser racionales. A su vez, señala que el camino explicativo de la objetividad entre paréntesis implica al observador en su conocimiento, considerándolo un ser viviente. Por lo tanto, aun cuando las emociones del observador no determinan las coherencias operacionales de un dominio de la realidad donde opera, si determinan el dominio de coherencias al cual él o ella se adscribe para generar sus argumentos racionales. En otras palabras, la elección del observador para operar en un dominio u otro depende de una preferencia emocional, en tanto que esta elección no se guía por argumentos racionales. Estos sistemas explicativos son elegidos en función de una disposición interna para aceptar implícita o explícitamente las premisas básicas de un sistema explicativo.

A partir de los planteamientos de Maturana (2002) me parece importante destacar dos elementos fundamentales. En primer lugar, la realidad no existe de forma independiente a la acción del observador que es un ser viviente, lo cual establece condiciones para su observación. En segundo lugar, el observador que parte del camino explicativo de la objetividad entre paréntesis, está consciente de que el dominio racional desde donde construye sus argumentos está en función de sus estados de ánimo, siendo la emocionalidad un factor que puede alterar las premisas básicas con las que el observador respalda sus argumentos explicativos.

Por su parte, Devereux (2003) plantea un aspecto fundamental para la epistemología de la etnografía de campo, la psicología y todas las ciencias sociales; partiendo de la

proposición de Freud de que la transferencia es el dato fundamental del psicoanálisis como método de investigación y de la concepción einsteniana de que solo podemos observar los acontecimientos en el observador; afirma que el análisis de una contratransferencia es quien otorga datos más significativos acerca de la naturaleza del hombre. Por lo tanto, sugiere que una teoría del comportamiento debe explicar el comportamiento del observador en función de la misma en el análisis de los datos de contratransferencia.

Devereux (2003) señala que, el estudio científico del hombre se encuentra impedido por ansiedades que propician un traslape entre sujeto y observador, por lo tanto, es necesario un análisis de la naturaleza y el lugar en donde se deslindan ambos. La parcialidad de la comunicación se debe ver compensada por el observador a nivel consciente y no a nivel inconsciente puesto que los datos se verían contaminados por la percepción inconsciente del observador. Es por eso que destaca que toda metodología efectiva para la ciencia del comportamiento debe usar la subjetividad de toda observación como camino hacia una objetividad auténtica que se define en función de lo que es realmente posible y no de lo que se espera que sea.

A su vez, el autor (Devereux, 2003) señala que en algún momento de la tarea científica, el observador ineludiblemente reporta su experiencia ante los resultados, independientemente de si observa el comportamiento o un resultado numérico, por lo que Devereux insiste en que desaparezca la ilusión de que los filtros como los tests, técnicas de entrevista y otros artificios entre el observador y el sujeto, son capaces de suprimir toda subjetividad y neutralizan por completo la angustia. La acción recíproca entre sujeto y objeto no puede ser ignorada por el científico del comportamiento, por lo que debe dejar de destacar únicamente su manipulación del objeto y debe entender, primordialmente a sí mismo como observador. Devereux realiza una crítica principalmente al empirismo que se caracteriza por valorar únicamente al objeto y a la transferencia de datos, no descalifica la aplicación o el uso de tests o experimentos de laboratorio, sino que señala que éstos deben ir acompañados de un análisis que considere la problemática del deslinde entre sujeto y observador.

Asimismo, Devereux (2003) señala que es precisamente el observador quien es capaz de manifestar un comportamiento científicamente utilizable, puesto que una excursión antropológica, un psicoanálisis o un experimento con ratas contribuyen a la comprensión del comportamiento si es el antropólogo, el psicoanalista o el psicólogo animal quienes interpretan los datos, que serían meramente una recopilación de información de no pasar por el observador. Por lo tanto, el autor señala que los datos de la ciencia del comportamiento se componen de una triple relación, el comportamiento del sujeto, los “trastornos” producidos por la existencia y las actividades observacionales del observador y finalmente el comportamiento del observador, sus maniobras defensivas, su estrategia de investigación, sus angustias y su atribución de significado a lo observado (Devereux, 2003).

En consecuencia, Devereux (2003) plantea que el científico del comportamiento debe considerar que nunca va a observar un fenómeno comportamental en la manera en que éste se hubiera manifestado en su ausencia. A su vez, destaca que estos trastornos o perturbaciones, producto de las actividades del observador, son un material de importancia muy significativa, a diferencia de los tribunales de derecho y los científicos de la conducta que suelen ignorar o tomar poca importancia a las afectaciones que tiene la presencia del observador y su actividad. Finalmente, destaca el hecho de que la ciencia del comportamiento tiene la característica fundamental de una reciprocidad entre sujeto y objeto puesto que la rata también observa al hombre y los intentos de minimizar esta contra-observación funcionan como la defensa de un pulpo que, al tratar de ocultarse detrás de su tinta, termina por revelar su presencia (Devereux, 2003).

Devereux (2003) se refiere a la importancia de las variables intermedias entre la causa y su efecto. Las variables intermedias son aquellas que nos permiten conocer a qué disciplina o que orientación tendrán nuestros datos. Por lo tanto, el modo de explicación de un fenómeno determina la disciplina a la cual pertenece, ya que ningún fenómeno es *a priori* parte de una disciplina. El autor señala que en el caso de un psicólogo mecanicista de las ratas que busca determinar una relación entre un estímulo y una respuesta en términos bioquímicos, se encuentra dentro del terreno de la física, puesto que sus variables intermedias tienen este carácter. Asimismo, el registro de la actividad de una rata en una cámara de

condicionamiento operante se caracteriza por variables intermedias de la física, puesto que el registro contiene datos sobre los movimientos, latencia, frecuencia y topografía de la respuesta.

Añade Devereux (2003) que, a diferencia de los fenómenos físicos, los fenómenos en relación con el comportamiento del hombre, sólo se puede comprender en función de un número muy grande de variables. Reconoce al hombre como un sistema cronoholístico; es decir, con una facultad relacionada a la memoria, por lo que conocer el estado del individuo y el estímulo en el momento de la experimentación no es posible sin el conocimiento de toda su vida. En otras palabras, no es posible explicar el comportamiento humano en función de causas y efectos que se llevan a cabo en un momento determinado. Devereux menciona que, los datos que se obtienen deben ser útiles para las ciencias del comportamiento y enfatiza las limitaciones que tiene explicar un fenómeno comportamental con leyes de la física. Para el autor, dar cuenta de las variables intermedias, nos permite operar en diversos niveles de explicación, es decir, la física debe explicarse de modo fisicalista y el comportamiento de una manera comportamental. De este modo una ciencia científica del comportamiento no puede constituirse mediante la imitación de las técnicas empleadas por las disciplinas que no tratan con fenómenos cronoholísticos.

En lo que respecta a la ansiedad, Devereux (2003) señala que todo sistema de pensamiento nace en el inconsciente, a manera de defensa contra la angustia y la desorientación. Por lo tanto, se formula primero afectivamente, más que intelectualmente. Para el autor, el lenguaje del proceso primario (inconsciente) se traduce al lenguaje del proceso secundario (consciente) orientado hacia la realidad. En consecuencia, Devereux plantea una serie de pasos para una ciencia científica del comportamiento, en la cual se requiere el estudio del interés afectivo del científico por su material, así como el aprovechamiento de la subjetividad del observador y de los trastornos que ocasiona su presencia.

Una teoría del comportamiento debe considerar la variable intermedia de la consciencia, por lo que el autor (Devereux, 21003) ejemplifica la diferencia que existe entre

materia inanimada y materia viva, señalando que existe una gran diferencia entre verter un ácido en un trozo de carne y hacerlo en un animal vivo, aunque la reacción del tejido sea químicamente idéntica en ambos casos, la respuesta de la carne no es comportamental puesto que no es consciente a diferencia de un organismo vivo que “sabe” y siente. Por lo tanto, el psicólogo debe de conocer su propio valor como estímulo para poder obrar en consecuencia a la situación observacional, esta situación puede tratarse de un experimento con animales, o una terapia psicoanalítica. (Devereux, 2003).

De igual manera, Devereux (2003) se refiere a la capacidad, visión, o la posición excepcional del observador (*Sonderstellung*) y las ventajas y dificultades que representa para alcanzar la objetividad. El autor sugiere que, considerar al observador y su *sonderstellung* no es un hecho lamentable que afecte la situación experimental. Por el contrario, se trata de una fuente de datos complementarios. Por ello, menciona la necesidad de la reintroducción de la vida para las ciencias de la vida, en donde el observador asume un rol de gran importancia en la situación observacional (Devereux, 2003).

En este sentido, es importante mencionar el papel de la transferencia y la contratransferencia en la situación terapéutica. La transferencia es descrita por Devereux (2003) como el conjunto de reacciones pertinentes del informante hacia el analista, y la contratransferencia consiste en las reacciones del analista. Es por eso que la personalidad del científico es el elemento que nos revela cómo se deforman los datos recopilados. El material psíquico del ser humano es manejado de forma distinta entre cada cultura, en algunos casos se reprime, en otros se exagera en su ejecución o se presentan diferentes grados de aceptación. Por lo tanto, el científico del comportamiento se ve obligado a sacar a la luz material que el mismo reprime. Devereux menciona algunas características del material que suscita ansiedad en el ser humano: el peligro de muerte, amenazas de castración o pérdida de un miembro; angustias idiosincrásicas de la experiencia pasada o cuando se amenazan defensas de sublimaciones importantes. Las ansiedades que se suscitan en la ciencia del comportamiento movilizan las reacciones defensivas, por lo que determinan la manera en que el material (los datos) se deforman (Devereux, 2003).

Las defensas profesionales, en algunas ocasiones, pueden ser un mecanismo que pretende “descontaminar” el material ansiógeno negando su contenido afectivo. Sin embargo, la posición profesional es utilizada por el científico del comportamiento con la finalidad de enfrentarse al material traumático y poder ser objetivo; de acuerdo con el procedimiento psicoanalítico, el analista se autodefine “soy un analista” así como también define la situación “esto es un análisis”. El analista busca ser capaz de controlar sus propias ansiedades sometiéndose a un análisis didáctico, sin embargo, es posible que no pueda manejar el tema con la debida calma y entonces optará por canalizar al paciente con otro analista que probablemente pueda manejar el material ansiógeno de un modo más eficaz (Devereux, 2003).

Así mismo, Devereux (2003) menciona que las distorsiones culturalmente impuestas constituyen internalizaciones de las exigencias sociales que muchas veces pasan desapercibidas para el científico, su ideología o su condición étnico-cultural. El atractivo de los modelos de pensamiento consagrados, como el fisicalista, terminan por influenciar al científico del comportamiento. Devereux hace una crítica al conductismo cuando menciona que los intentos de copiar el modelo fisicalista han terminado en la negación de ciertos elementos y que los experimentos supuestamente de carácter psicológico, no dicen nada acerca de la psicología de la rata o del ser humano, por el contrario, se apegan a un modelo de lo que el autor denomina una rata estadística (stat.rat) (Devereux, 2003).

En este sentido, Devereux (2003) menciona que la percepción e interpretación de la realidad está mediada por la tendencia del ser humano a considerar su propio cuerpo, conducta y modo de experimentar de forma arquetípica o prototípica para modelar su imagen del mundo que lo rodea. En consecuencia, para el autor, el automodelo resulta ser una especie de “línea base” a partir de la cual se evalúa a los demás seres y objetos materiales. Asimismo, señala que incluso en las unidades de medición suele haber una referencialidad con respecto al cuerpo, aún con la existencia del metro que no se basa en las dimensiones del cuerpo, sin embargo, basa su sistema (sistema métrico decimal) a partir de una relación con los 10 dedos de las manos, así como en las culturas mesoamericanas se consideran los 20 dedos del cuerpo para su sistema de numeración.

Con respecto del automodelo en el diagnóstico de los procesos de salud-enfermedad, Devereux (2003) refiere que la construcción de un automodelo somático implica objetivar al cuerpo como cosa aparte de la propia personalidad real. Es decir que, para el autor, existe una influencia del automodelo objetivado a partir de un “yo” idealizado que sirve como la “línea base” al momento de realizar un diagnóstico. Asimismo, el autor destaca el hecho de que en las sociedades humanas ninguna enfermedad es considerada “normal” en términos de que se considere una condición deseable o aceptable, por el contrario, se han ideado procedimientos para enfrentarlas. Por ello es que, para Devereux, la idea de que la salud es “normal” puede ser una categoría básica del pensamiento humano; sin embargo, este hecho ha dado lugar a, erróneamente, equiparar la salud psíquica con estructuras de personalidad prevalecientes estadísticamente.

A su vez, Devereux (2003) señala que los procedimientos de diagnóstico pueden llevar a errores y descuidos en diagnósticos interraciales e intersexuales. El autor menciona el caso de una doctora blanca que era muy capaz, y que realiza el diagnóstico de un paciente negro de 30 años. Devereux advierte la influencia del automodelo en la anamnesis, la cual sugería que la delgadez de las pantorrillas del paciente se debía a una atrofia muscular por sífilis, y en parte, por un accidente cerebrovascular leve. El diagnóstico y el tratamiento estaban en función de determinar hasta qué punto la causa de la delgadez de las pantorrillas del paciente eran la sífilis o el ataque. Posteriormente, cuando el paciente se pone de pie, Devereux advierte un tercer factor. La conformación general del cuerpo del paciente, ligera lordosis, esteatopigia y las características de su cabello tipo grano de pimienta, junto con las pantorrillas delgadas, indicaban que el paciente era descendiente de alguna tribu sudafricana mezclada con hotentotes y bosquimanos. En consecuencia, Devereux plantea que este factor no afecta la validez del diagnóstico, sin embargo, modifica considerablemente la apreciación del “coeficiente de patogenicidad” y, por lo tanto, influye en la evaluación de la gravedad de su estado (Devereux, 2003).

Asimismo, Devereux (2003) señala que existe una tendencia a utilizar, en el diagnóstico, un automodelo idealizado, somático, psicológico y cultural como línea directriz; lo cual puede impedir la formulación de diagnósticos atinados. El autor menciona diversos casos en los que las diferencias étnicas y el automodelo influyen en el diagnóstico. En un

hospital en donde había una elevada población de pacientes de la India, Devereux advirtió sobre la necesidad de reestudiar los diagnósticos de metabolismo anormalmente bajo y ligero hipogonadismo, puesto que las razas mongoloides tienden a tener un índice metabólico bajo y escaso vello púbico.

A su vez, el autor señala la existencia de una renuencia “llena de tacto” a examinar o hablar sobre las partes más distintivas del cuerpo de un paciente racialmente diferente. Devereux (2003, p.218) menciona el caso de una muchacha negra de 18 años que acudió al médico a causa de pérdida capilar. El médico examinó atentamente el cuero cabelludo, sin embargo, no abordó la historia del estado de la paciente; en consecuencia, no pudo presentar un diagnóstico. Posteriormente, el inspector médico se percató de que el estado del cabello de la mujer era consecuencia de un uso excesivo y descuidado de un alisador para el cabello de mala calidad. Por ello, Devereux señala el hecho de que el primer médico no indaga la posibilidad de un accidente cosmético por la renuencia “llena de tacto” al tener conocimiento de que ocasionalmente los blancos tienden a burlarse de las mujeres que alisan su cabello. A su vez, el autor señala que el automodelo influye en el diagnóstico psiquiátrico, puesto que existe la tendencia a considerar toda desviación respecto de las normas del propio grupo como patognomónica de enfermedad psicológica. Por lo tanto, el autor plantea que la etnopsiquiatría permite la posibilidad de vislumbrar la influencia de los modelos de pensamiento y el automodelo en el diagnóstico de la práctica psiquiátrica (Devereux, 2003).

De igual manera, existen criterios o conceptos aparentemente científicos de la normalidad que resultan arbitrarios. Devereux (2003) pone un ejemplo en la oftalmología, en donde la vista normal se sitúa en un valor de 20/20, la cual considera fue establecida en función de una circunstancia económica, puesto que los libros se imprimían con el tipo de letra más pequeño para ahorrar papel, lo cual influyó en el establecimiento de las normas optométricas.

Asimismo, Devereux (1958) señala que, en las teorías psiquiátricas, existe la influencia de modelos de pensamiento determinados culturalmente. Señala que esto es relevante para la sociología del conocimiento, puesto que investiga la influencia social y cultural en el contenido y la forma de los conocimientos humanos en varios escenarios y

periodos de la historia. Asimismo, desde la sociología del conocimiento, se postula que cada grupo étnico y cada periodo histórico tiene sus modelos preferidos de pensamiento; en consecuencia, se desarrollan teorías en función de estos modelos. A partir de estos planteamientos, Devereux señala que, la influencia más común e ignorada sobre el pensamiento es la estructura y el vocabulario de una lengua. El autor menciona que, muchos conceptos son prácticamente intraducibles y tienen que ser prestados de otras lenguas para poder preservar su significado (logos, tótem, chic) (Devereux, 1958).

A su vez, Devereux (1958) menciona que algunas lenguas enfatizan estados estáticos, mientras que otras a los procesos, distinguen entre lo animado o inanimado, o bien entre el masculino y el femenino. En este sentido es que el autor plantea que el pensamiento que tiene cierto patrón cultural, tiene influencia hasta formas avanzadas de ciencia. Poincaré (citado en Devereux, 1958) destaca que los físicos anglosajones piensan de forma práctica en términos cuasi materiales y mecánicos; mientras que los físicos franceses y alemanes, lo hacían de forma teórica en términos conceptuales y de esquemas. En consecuencia, al popularizarse el psicoanálisis en el mundo anglosajón, existió el interés por localizar de forma anatómica la identidad y el ego (Devereux, 1958).

En consecuencia, Devereux (1958) propone que las teorías psiquiátricas tienen influencia cultural en sus modelos de pensamiento y en sus formulaciones teóricas. Para ello, el autor comienza por escudriñar lo que llama “psiquiatría primitiva” a este análisis, para posteriormente, referir y poder discernir los patrones culturales de pensamiento en la ciencia moderna. El autor menciona que los *Sedang Moi* de Indochina tienen la creencia de que las sensaciones de los órganos convergen en el asiento de la inteligencia que es el oído, mediante hilos que atraviesan el cuerpo. El autor señala que no se trata de una anticipación intuitiva de la teoría de la conductividad nerviosa. Para Devereux, ésta consiste en una teoría pseudo correcta de la cual es preciso encontrar qué pensamiento cultural le subyace.

Devereux (1958, p.362) menciona que, antes de la cosecha, es posible ver a lo largo de la selva caminos de plantas trepadoras colgadas en pequeños “postes telegráficos en miniatura”. Estas plantas trepadoras son el camino de los espíritus del arroz por donde transitan de los campos hacia la villa. Por lo tanto, para los *Sedang* se incrementa el alma de

arroz de los pobladores y consecuentemente, su capacidad para saciarse del arroz almacenado en los graneros.

Asimismo, Devereux (1958) señala que los *mohave* desarrollaron una teoría similar a las teorías psicoanalíticas modernas sobre la descarga masiva de líbido. Mencionan que las convulsiones se deben a una intensa urgencia sexual que no es posible abreaccionar mediante el coito o la masturbación. Añade que, los *mohave* distinguen entre el acto orgánico de la eyaculación y la dimensión psicológica del orgasmo. Consideran que las convulsiones se encuentran en relación a la no gratificación en tanto que la persona no se involucra psicológica y emocionalmente los actos sexuales.

Devereux (1958) señala que la teoría *mohave* sobre la dinámica de las convulsiones es correcta, pero no científica. Menciona que puede derivarse, mediante analogía, de las teorías e ideas de los *mohave* sobre los chamanes; ya que cuando éstos se rehúsan a hacer uso de sus poderes para beneficio de los otros, o “darlos hacia afuera”, entonces enloquecen. En consecuencia, el autor señala que la teoría *mohave*, a pesar de ser cierta, no tiene carácter científico en tanto que no es el resultado de una serie de observaciones, inducciones o generalizaciones intuitivas.

3.4 Origen de lo humano: el lenguaje

Maturana (2006) menciona que lo humano surge a partir de la aparición del lenguaje en la historia evolutiva del linaje homínido del que formamos parte. Para el autor, una especie es un linaje o sistema de linajes que se conserva de forma transgeneracional en la historia reproductiva de una serie de organismos. Asimismo, Maturana destaca el hecho de que el ser vivo es un sistema dinámico en constante cambio estructural en una configuración de relaciones con el medio ambiente. El determinado modo de vivir, es decir la determinada configuración dinámica de relaciones ontogénicas que se adopten, definen la identidad de un sistema de linajes. Mpodozis y Maturana (citado en Maturana, 2006) denominan a este modo de vivir: fenotipo ontogénico. Añaden que este no se encuentra determinado genéticamente;

por el contrario, lo que la constitución genética de un organismo determina, es un ámbito de ontogenias posibles.

En consecuencia, Maturana (2006) señala que, al construirse un sistema de linajes, el genotipo tiene cierta variabilidad en tanto que no interfiera con la conservación del fenotipo ontogénico (modo de vivir adoptado) que defina a dicho sistema de linajes. Por lo tanto, el autor menciona que, si en un momento de la historia reproductiva de un linaje cambia el fenotipo ontogénico, en adelante la identidad del linaje es modificada, dando lugar a un nuevo linaje como una nueva forma o especie paralela a la anterior. A partir de estos planteamientos, Maturana menciona que, para aproximarnos a la comprensión de la historia evolutiva que da origen al ser humano, es preciso mirar el modo de vida que al conservarse en un sistema de linajes posibilita el surgimiento del lenguaje, y posteriormente, se precisa mirar también el nuevo modo de vida que surge y se establece con el lenguaje.

Lara (Lara, L.F., comunicación personal, 2018) señala que la lengua es un fenómeno histórico. Por lo tanto, cada una refiere la realidad de forma distinta. Por ejemplo, en español existe el verbo “jugar” y el verbo “tocar” para el caso de un instrumento, mientras que en el inglés, el verbo “*play*” se utiliza para nombrar ambas acciones. Así mismo, en español diferenciamos entre “borde”, por ejemplo, el de una mesa, la “borda” de un barco, y el “bordo” de un río; mientras que en francés, la palabra “*board*” engloba a todos estos conceptos. Esto supone la interrogante de por qué se optó por hacer dicha distinción en esta lengua. Un ejemplo similar sucede con los verbos “ser” y “estar”, en donde diversas lenguas no realizan una distinción para estos. En consecuencia, cada lengua realiza un corte a la realidad distinto (Lara, L.F, comunicación personal, 2018).

Así mismo, Lara (Lara, L.F., comunicación personal, 2018) plantea que las lenguas no son meras nomenclaturas, es decir que cada nombre se refiera a una cosa, puesto que de este modo no podría existir la metáfora. De igual forma, señala que no existen conceptos universales, y que la sustancia propia del sonido no adquiera “forma” hasta que no es tomado en consideración; donde Lara hace la analogía de un cucharón que le da forma al sonido. La forma es entonces aquello que organiza las lenguas.

A partir de ello, deviene el cuestionamiento sobre la procedencia de “la forma”. En este sentido, Chomsky (citado en Lara, L.F., comunicación personal, 2018) plantea que la forma de una lengua está previamente contenida en una herencia genética, siendo una visión innatista sobre la forma. Sin embargo, para Lara esto supone la dificultad de identificar los genes que estarían involucrados en la forma, cosa que no ha sucedido. Mientras que la postura de Piaget (citado en Lara, L.F., comunicación personal, 2018), reconoce la necesidad de facultades genéticas, pero no de forma tan específica. Piaget explora los fenómenos de la aparición del lenguaje, lo cual permite abordar el surgimiento de la forma. Para el autor, en la etapa sensoriomotora, el infante se encuentra en una relación olfativa, táctil y gustativa con el seno de su madre, lo cual deviene en un esquema sensoriomotor que el niño perfecciona. Los reflejos naturales de los seres vivos son el origen de este proceso que Piaget llama asimilación.

Posteriormente, en el desarrollo del lenguaje, se da la asimilación de la producción de sonido a partir de la ampliación del esquema de llorar y su acomodación a nuevas necesidades del bebé. En consecuencia, el punto de partida son los actos reflejos del organismo vivo que construye esquemas sensoriomotores de asimilación, los cuales posteriormente se acomodan a otras circunstancias. En el caso de la palabra “mamá” que es similar en una importante cantidad de lenguas, existen razones para suponer que la fácil pronunciación de “ma” o la “m” con alguna otra vocal dieron lugar a la elaboración de estos esquemas, consecuentemente, todo lo placentero es nombrado por el niño de esa manera. Finalmente, la concepción de Piaget para el surgimiento del lenguaje y su forma, solicita menos prerequisites; únicamente los reflejos que darán lugar a los esquemas de adaptación que se construyen en la ontogenia del niño (Lara, L.F. comunicación personal, 2018).

Por su parte, Echeverría (2003) explica mediante tres postulados, una perspectiva sobre los fenómenos humanos que denomina “ontología del lenguaje”. En primer lugar, señala que es preciso interpretar a los seres humanos como seres lingüísticos. En segundo lugar, postula que el lenguaje es generativo, lo cual se desarrollará en adelante. Finalmente, menciona que los seres humanos se crean a sí mismos a través del lenguaje.

Asimismo, Echeverría (2003) destaca la importancia de evitar interpretaciones reduccionistas de los postulados anteriores, en donde la complejidad de los fenómenos humanos quede restringida a la dimensión lingüística de la existencia humana. El autor, señala que los seres humanos no somos únicamente seres únicamente lingüísticos, por lo que esta dimensión no agota al fenómeno humano. En consecuencia, plantea que al abordar el fenómeno de la existencia humana es posible establecer tres dominios, a partir de los cuales, pueden derivar otros más; estos son: el cuerpo, la emocionalidad y el lenguaje.

Considero importante señalar en este punto que el establecimiento de tres dominios primarios por parte de Echeverría (2003), no implica la preexistencia de éstos de forma autónoma a la lectura de la realidad que se esté elaborando. En otras palabras, estos dominios son entendidos como dominios cognitivos o sistemas con una coherencia interna, con un conjunto de postulados que se consideran válidos en dicho sistema (Maturana, 2002). Asimismo, habrá que tener en consideración los planteamientos de Fernández (2009) con respecto de la facultad de los discursos o cortes ontológicos de la ciencia para abordar los fenómenos humanos, silenciando la voz de éste. En consecuencia, considero que éste último planteamiento permite pensar no solo en una estrecha relación entre los dominios que plantea Echeverría, sino posiblemente, su integración en otro dominio cognitivo. Echeverría, manifiesta estar al tanto de que no existe una verdad independiente del observador, sin embargo, con fines esquemáticos y de explicación es que establece la “existencia” de tres dominios en los fenómenos humanos.

En este sentido, Echeverría (2003) hace la aclaración de que, una aproximación ontológica no puede ofrecer una respuesta concreta y determinada para definir al ser humano, en tanto que considera a este “abierto al diseño”; es decir que, para el autor, la aproximación ontológica solo nos ofrece algunos parámetros o distinciones generales para definir una estructura básica de posibilidades en el proceso del devenir que constituye al ser humano.

Un elemento fundamental que podemos extraer de los planteamientos de Echeverría (2003), es el de la generatividad del lenguaje. Para el autor el lenguaje genera ser. Sin embargo, no niega la existencia de una realidad independiente y externa al lenguaje, pero señala que esta no puede ser nombrada o cognoscible si no es mediante el lenguaje. Añade

que el lenguaje es acción en tanto que ésta no sólo nos es útil para hablar de las cosas, sino para alterar el curso de los acontecimientos; por ejemplo, al determinar “sí” o “no”, etc.

En consecuencia, para Echeverría (2003), el lenguaje no solo sirve para referir las cosas, sino para crear realidades, puesto que tiene la función de modelar la identidad y el mundo en que el sujeto habita. Considero este argumento de acuerdo con los planteamientos de Siebers (1985), quien señala que el *kategorema* del lenguaje es una lógica acusatoria, es decir, que tiene la facultad de establecer, ya sea categorías, utilidades y relaciones.

En este sentido Echeverría (2003, pp. 25) señala que: “No sabemos cómo las cosas son. Sólo sabemos cómo las observamos o cómo las interpretamos. Vivimos en mundos interpretativos”. Por lo tanto, para el autor, y de acuerdo a los planteamientos de Maturana (2002), todo lo dicho siempre es dicho por alguien.

A su vez, Echeverría (2003) menciona que Nietzsche, a partir de Heráclito, entiende al ser humano no sólo en tanto a su “su ser”, sino también al no-ser en el devenir del humano. La analogía de Heráclito sobre el cauce de un río en constante modificación, es para Nietzsche el hecho de que el ser humano está permanentemente huyendo de la nada y a la vez siendo impulsado hacia ella en un sin sentido, e inducidos a la necesidad de regenerar constantemente este sentido. Echeverría señala que los postulados anteriores se oponen a la visión que denomina “metafísica” en donde “ser” y “verdad” son pilares fundamentales. A partir de estos planteamientos, Echeverría señala que el lenguaje no es inocente, sino que toda interpretación posibilita o no determinados cursos de acción, por lo tanto, este hecho involucra una relación de poder en el lenguaje.

Echeverría (2003) añade que, para la lógica moderna, el concepto de verdad se limita a asegurar la coherencia interna de distintas proposiciones dentro de un sistema dado. Es decir que, lo dicho siempre está en función de un observador y un sistema, poniendo en juego una relación de poder entre las interpretaciones de los fenómenos, de modo que la transformación del mundo, está asociada al poder de las interpretaciones. Añade el autor que, el ser humano tiende a la búsqueda de sentido a través de la invención y adopción de historias sobre nosotros y el mundo. Por lo tanto, la ontología del lenguaje que propone Echeverría, supone que la identidad personal es una construcción lingüística, puesto que ésta resulta de

una historia que elaboramos sobre nosotros mismos, el lugar que ocupamos en la comunidad, el mundo y la manera en que direccionamos nuestras vidas.

3.5 Conversaciones y narrativas: el abordaje desde la historia de vida

Echeverría (2003) señala que los seres humanos inventan y narran historias en el afán de dar sentido a lo que nos rodea. Incluso la identidad se construye a partir de historias que contamos sobre nosotros mismos. Menciona el autor que, consideramos que la creación de los mitos corresponde a nuestros antepasados y se considera que las explicaciones míticas han quedado en el pasado, siendo sustituidas por explicaciones que nos dicen cómo las cosas realmente son. Por ello es que Echeverría pone de manifiesto que, todas las explicaciones son historias, más o menos efectivas o fundadas de manera distinta, por lo que consideramos unas más poderosas que las otras; en consecuencia, añade que tanto mito como explicaciones científicas son narrativas que se producen a cerca del mundo.

Echeverría (2003, p.144, 145) retoma a Heidegger, para señalar que “el lenguaje es la morada del ser”, puesto que el ser humano es productor y producto de sus historias. Añade Echeverría que las sociedades se incorporan a estructuras fundamentales compuestas de narrativas. Estas son llamadas por el autor “metahistorias” o “metanarrativas”, para definir los discursos históricos. Asimismo, menciona que la historia, la literatura, la religión y la filosofía de cada sociedad nos permite aproximarnos a dichas “metanarrativas” que constituyen los pilares más importantes de dicha sociedad. A partir éstas, la gente confiere sentido a los acontecimientos, lo que da lugar a distintas formas de la existencia humana.

Añade Echeverría (2003) que, las historias pueden actuar como distractores que a menudo evitan que se puedan emprender acciones; pero al mismo tiempo, pueden desempeñar un papel positivo con respecto de la capacidad de acción. Para el autor, las historias de nosotros mismos, proveen el sentido desde donde la acción surge.

Por su parte, Aceves (2013) menciona que el enfoque biográfico ha impregnado a las ciencias sociales. Para el autor, la historia oral cubre un vacío manifiesto en la práctica

historiográfica contemporánea. Asimismo, señala que la historia oral pretende aportar un conocimiento profundo de los procesos socio-históricos y culturales; lo cual supone una interacción con varias ciencias sociales. Aceves destaca que la historia oral se apropió de un conjunto de conceptos, métodos, e instrumentos que eran apropiados por la antropología, la psicología, la sociología y los estudios literarios.

A su vez, Aceves (2013) señala que gracias a esta interacción entre las ciencias sociales, y la historia oral, se incorpora el método cualitativo de la “historia de vida”. Esta consiste en la narración de toda la existencia memorable y comunicable en la situación de investigación, o bien, mediante la triangulación de fuentes u otras perspectivas como documentos personales o testimonios de terceros. Sin embargo, lo que considero pertinente destacar en este punto es que el uso de la historia de vida permite resaltar las experiencias vitales de los individuos en su acción dentro de la sociedad y la manera en que resultan relevantes o no las vivencias personales en los marcos institucionales. Asimismo, conocer el impacto de las decisiones personales en los procesos de estructuración social (Aceves, 2013).

Para Aceves (2013), la historia de vida es útil en tanto que permite verificar hipótesis o proposiciones conceptuales de un cuerpo teórico establecido en un caso específico. Añade que la historia oral se plantea la necesidad y la pertinencia del ámbito subjetivo de la experiencia humana mediante el recurso metodológico de la historia de vida, lo que le permite reflexionar también sobre el cúmulo de experiencias que constituyen la vida de la sociedad.

3.6 Reelaboración y la pragmática de la palabra

Freud (1986, p.149) menciona que la técnica psicoanalítica ha experimentado profundas alteraciones desde su comienzo. Señala que, en un principio, que denomina “fase de catarsis breueriana”, la técnica se enfoca en el momento de la formación del síntoma, empeñándose en reproducir los procesos psíquicos de una situación traumática, a fin de guiar estos procesos a través de una actividad consciente. Por lo tanto, recordar y abreaccionar son las metas que se pretende alcanzar mediante la hipnosis. En un segundo momento, al renunciar a la hipnosis

por las asociaciones libres del analizado, la técnica se orientó en deducir, a partir de estas, aquello que el sujeto se niega a recordar. De modo que, ante la resistencia, se realiza un trabajo interpretativo y la comunicación de resultados al paciente (Freud, 1986). En este caso, la abreacción queda relegada y el trabajo se orienta al gasto en el trabajo del analizado al realizar la crítica de sus ocurrencias. Freud (1986) señala que esto resulta una ardua tarea para el analizado y una prueba de paciencia para el analista, pero que produce el máximo efecto alterador sobre el paciente y distingue al tratamiento analítico de todo influjo sugestivo.

Finalmente, Freud (1986) plantea una siguiente fase en donde el médico renuncia a enfocar un momento o problema determinado, y estudia la superficie psíquica que el analizado presenta; en consecuencia, la técnica se orienta a poner en descubierto las resistencias desconocidas para el enfermo, para que una vez dominadas, éste pueda narrar nexos que han sido olvidados. Por lo tanto, para el autor, en esta fase la técnica puede definirse en términos descriptivos como el completar lagunas del recuerdo, mientras que en términos dinámicos consiste en vencer las resistencias de la represión.

Si bien, Freud (1986) señala diversas formas en que puede operar el olvido (en términos de si algo fue o no consciente alguna vez), menciona que la mayoría de las veces esto se debe a disolución de nexos, desconocimiento de consecuencias o aislamiento de recuerdos. A partir de estos planteamientos, Freud señala que uno de los aspectos fundamentales de esta etapa de la teoría psicoanalítica, consiste en dar cuenta de que el analizado no recuerda nada de lo olvidado y reprimido; sin embargo, lo actúa. En consecuencia, el autor plantea que el contenido no se produce como recuerdo sino como acción, y por lo tanto el sujeto lo repite sin saberlo.

Por lo tanto, Freud (1986) plantea que el analista pretende convocar un fragmento de vida real, y consecuentemente, la cura consiste en la reconciliación con lo reprimido que se exterioriza en los síntomas. De modo que, al cambiar la actitud consciente del enfermo hacia su enfermedad, éste ya no se lamenta de ella o la desprecia, con una conducta represora practicada en los orígenes de la enfermedad, sino que el paciente debe “cobrar el coraje” de ocupar su atención en los fenómenos de su enfermedad (Freud, 1986 p.155). Para el autor, la

meta, en esta etapa del psicoanálisis, consiste en reproducir un ambiente psíquico o una lucha con el paciente, que le permita reelaborar sus experiencias anteriores.

Por su parte, M. García (2011) plantea la interrogante sobre cuál es la operatoria bajo la cual, hablando y dialogando, la palabra logra actuar sobre alguien, suscitando su mejoría. Zweig (citado en M. García, 2011) establece una distinción entre la medicina científica y el método psicológico, señalando que la primera sitúa al paciente como un objeto, imponiéndosele una pasividad absoluta en tanto que no tiene nada que decir o demandar. Mientras que, en el método psicológico, o lo que Zweig llama “cura psíquica”, el paciente es un sujeto al cual se le exige la actividad de sustentar la cura.

Para M. García (2011), existe una perspectiva lógico-semántica en la teoría psicoanalítica, expresada en la eficacia simbólica, que es un abordaje donde la cura a través de la palabra se da en términos de sentido; por lo cual el autor plantea la posibilidad de dar cuenta de la palabra como acto de la pragmática del discurso. El autor señala que la primera proposición de Lévi-Strauss (citado en M. García, 2011), consiste en que la cura se realiza al hacer pensable una situación dada. A lo que M. García plantea que esta explicación no es suficiente para provocar el desbloqueo del proceso fisiológico. Para M. García, la eficacia simbólica, es simbólica en tanto que se encuentra articulada en el lenguaje; es decir que, ésta es eficaz en tanto acción susceptible de transformar y mutar un estado dado.

Asimismo, M. García (2011) señala que para Lévi-Strauss, tanto el psicoanálisis como el chamanismo intentan traer conflictos y resistencias a la consciencia; sin embargo, añade que esta resolución no se da por un simple conocimiento o toma de conciencia de los factores involucrados en la enfermedad, sino que se da a través de una experiencia en un orden que permite su libre desarrollo y desanudamiento. Para M. García, este orden en la producción de significaciones es tanto semántico como pragmático. En consecuencia, señala que el orden semántico es el que permite el desarrollo, mientras que el pragmático es el que permite el desanudamiento. El autor señala que, el concepto de abreacción utilizado por Lévi-Strauss, no lleva a la cura, sino que solamente alivia temporalmente, permitiendo el libre desarrollo, pero no un desanudamiento.

Los planteamientos de M. García (2011), no suponen negar la dimensión semántica y su función, sino aborda el mecanismo de intervención de la eficacia simbólica, en términos no sólo de comprensión de la estructura inconsciente de las representaciones que le determinan, sino a partir de la posibilidad de hacer emerger los esquemas constitutivos de toda representación. En este sentido, M. García plantea que, las enfermedades como el susto o los males hechos por envidia, no son solamente representaciones significantes que pueden portar sentidos diversos, sino son acciones con propiedades inductoras de transformación subjetiva en quienes las hacen circular culturalmente.

Asimismo, Lévi-Strauss (citado en M. García, 2011) menciona el caso de la Sra. Secheyay, en la cura de un esquizofrénico mediante la carga simbólica de actos. Donde el autor refiere que la analista se da cuenta de que su discurso no toca los complejos del enfermo, entonces esta realiza actos y gestos, como tomar al paciente entre sus brazos, estableciendo un contacto entre la mejilla del paciente con su seno. A partir de la carga simbólica de estos actos, la analista se comunica con el paciente y permite un efecto de desanudamiento. En este sentido, para Lévi-Strauss el acto puede devenir simbólico; el planteamiento de M. García supone que los símbolos y los discursos también constituyen actos, siendo este estatuto lo que les otorga su eficacia.

Por su parte, Malinowsky (1974, citado en M. García, 2011) señala que el lenguaje es en esencia una forma de actuar, por lo que no solamente tiene valor como medio de expresión del pensamiento, sino que supone un valor pragmático activo en el comportamiento humano. En consecuencia, las palabras no tienen como función primaria transmitir el pensamiento, sino que unifican y coordinan las actividades del cuerpo. A partir de estos planteamientos, M. García (2011) señala que desde la teoría psicoanalítica podemos dar cuenta de que la palabra es eficaz, mientras que la antropología señala que la humanidad no esperó al surgimiento del psicoanálisis para producir una discursividad susceptible de operar transformaciones en el cuerpo. Para el autor, los grupos humanos están dotados de representaciones y discursos que operan un acto transformador, en tanto que la simbolización, como proceso humano, moviliza toda la capacidad semiótica del sujeto, es decir las relaciones de sentido entre los signos, mediante las que se construye el conocimiento, y sus condiciones de uso (García, 2011).

Para esclarecer este argumento, García (2011) menciona la intervención de Mannoni, quien recibe a un paciente que le entrega papeles médicos en vez de hablar. Hasta el momento en el que, en una sesión, el paciente dice a Mannoni que ya no podrá seguir asistiendo a la terapia. A lo que Mannoni responde “¡Por fin! Es la primera vez que usted habla en su propio nombre” (Mannoni, 1987, citado en García, 2011, p.116). Ante lo cual, el paciente asiste a la sesión siguiente y comienza a hablar en su nombre. En este sentido, García señala que la intervención de Mannoni no consiste en el descubrimiento de un sentido latente de la frase “no voy a poder seguir viniendo” proferida por el paciente, sino que la intervención surge de una concepción teórica sobre el papel de la negación del paciente. Por lo tanto, la intervención de Mannoni constituye un lenguaje que es “interior” a la experiencia del paciente, por lo que señala que el análisis no es una enseñanza, sino una experiencia que modifica al sujeto que se implica en ella (Mannoni, 1974, citado en García, 2011).

CONCLUSIONES

A partir de Canguilhem (1986, 2009) se establece que las distinciones entre lo fisiológico y lo patológico son de valor biológico. En consecuencia, el proceso salud-enfermedad se encuentra vinculado necesariamente a un contexto clínico. Asimismo, se menciona que la normalidad no tiene un carácter colectivo, sino con respecto del sujeto mismo. Por lo tanto, desde esta perspectiva, el criterio estadístico deja de ser sinónimo de patología, y lo fisiológico tiende a la historia, lo que supone abordar los procesos patológicos del sujeto en función de variables que no se reducen al organismo en el momento de la observación.

En este sentido, mediante el concepto de “normatividad”, se establece que el organismo desarrolla desempeños más adecuados que le permitan el mínimo de desconcierto en su ambiente; planteamientos que corresponden a los señalado por Ostachuk (2015) quien señala que existen eventos disponibles en el medio exterior, a partir de los cuales el organismo desarrolla desempeños adecuados o efectivos, o bien, reacciones catastróficas en un ambiente determinado. Por lo que, para los autores, (Canguilhem, 1986, 2009; Ostachuk, 2015) estos desempeños suponen constantes fisiológicas del cuerpo en donde se expresa el comportamiento de un organismo ante determinadas condiciones ambientales. A partir de Canguilhem (1986) se establece que la producción de estas constantes se desarrolla a partir de un “valor propulsivo de la vida”. En consecuencia, este concepto es puesto en relación con el de “autopoiesis”, que Maturana y Varela (1992) definen como una serie de procesos concatenados de manera específica para la producción de componentes que constituyen a la unidad, añadiendo que el organismo autopoietico subordina sus cambios a la conservación de su propia organización.

Por lo tanto, la actividad normativa del organismo puede ser entendida a partir de la noción de autopoiesis. Este concepto resulta útil para abordar los planteamientos de Canguilhem (1986) con respecto de la organización como hecho intrínseco del organismo vivo puesto que, para el autor, un abordaje desde el modelo tecnológico del cuerpo (que parte de los conceptos de fábrica y disposición) no explica los fenómenos de regeneración, reproducción y la adquisición del estado adulto a partir del embrionario. Por lo tanto, desde

la perspectiva de Canguilhem (1986), Maturana y Varela (1992), se vislumbra la responsabilidad del organismo en su propia organización.

A partir de los planteamientos anteriores, es posible señalar la importancia de la relación que existe entre los organismos y el medio ambiente, lo que consecuentemente lleva a establecer la existencia de una epidemiología cultural. Estos planteamientos son puestos en relación con lo señalado por Vergara (2007) quien menciona que a partir del siglo XX la concepción de la salud se orienta a las condiciones que rodean la vida humana en términos económicos, medioambientales, sociales y políticos, lo que deviene en una epidemiología multicausal y relacionada con la cultura. Asimismo, Hersch y González (2011) señalan que la enfermedad es multifactorial, por lo que proponen la multiplicidad de saberes frente a las necesidades epidemiológicas locales.

Asimismo, a partir de Laurell (1981) y Quevedo (1990) se plantea que el proceso salud-enfermedad tiene historicidad, argumento que corresponde a lo señalado por Canguilhem (1986), quien menciona que la fisiología tiende a la historia en tanto que se supedita al proceso de normatividad en donde se establecen nuevas constantes a partir de las relaciones con el medio. A su vez, Laurell menciona que el modo y las relaciones de producción son factores que determinan las vicisitudes del proceso salud-enfermedad, por lo que la autora involucra aspectos como el lugar que ocupa un sujeto en la estratificación social y el desgaste que supone su trabajo. Estos planteamientos corresponden a lo señalado por López (2013) quien menciona que la enfermedad se encuentra en relación con un proceso social que se concreta en el cuerpo mediante políticas alimentarias, sanitarias, de jurisprudencia y en el establecimiento de un concepto de salud hegemónico. Sin embargo, para López (2011), el proceso salud-enfermedad no se reduce al conjunto parcialmente homogéneo de usos y costumbres, sino que su propuesta epistemológica supone abordar cuerpo, emociones y cultura, en términos del uso del cuerpo como espacio simbólico que varía entre las culturas. En consecuencia, López (2011) utiliza el término “etnoemocional” para denominar la construcción corporal y la organización de las emociones en función de la ideología.

De acuerdo con lo anterior, Canguilhem (1986) señala que el organismo está influido por el clima a través de milenios, por lo que el medio ambiente también es productor del ser vivo que se sustrae o no a determinadas influencias. Por lo tanto, el autor concluye que cuando el ser humano inventa géneros de vida, éstos dan lugar a “modos de andar” fisiológicos. En consecuencia, las constantes fisiológicas también son la expresión de modalidades de vida en el medio ambiente socialmente adoptado.

Estos planteamientos son puestos en relación con la postura fenomenológica de Merleau-Ponty (citado en Citro, 2006) quien menciona que existe una ineludible bilateralidad entre el sujeto y el mundo, en donde el cuerpo fenoménico y sensible da lugar a una experiencia de la “carne”, que es la depositaria de esta relación y que adquiere distintas modalidades de expresión a partir del sistema de representaciones de cada cultura.

Considero que los planteamientos de Merleau-Ponty (citado en Citro, 2006), corresponden a lo señalado por Fernández Gaos (2009), quien menciona el cuerpo no es algo dado de una vez y para siempre, sino que se encuentra sujeto a las vicisitudes de los regímenes culturales. Para Fernández Gaos, la experiencia involucra también una reacción orgánica, a partir de un cuerpo como identidad o representación; lo que establece una distinción entre organismo y cuerpo. El cuerpo, en términos de representación, tiene su fundamento en el deseo del otro en función de una demanda de satisfacción. A su vez, mediante la instauración de una demanda de que el otro le desee, es que se constituye un cuerpo de deseo que no es equivalente al organismo. Por lo tanto, es posible señalar, a partir de Fernández Gaos, que el cuerpo no se reduce a al funcionamiento de sus órganos y no se concibe como el resultado únicamente de las condiciones físicas, sociales y económicas en las que se desenvuelve, sino que el autor pone de manifiesto la existencia de una dimensión subjetiva. Por lo tanto, la epidemiología cultural debe ser entendida en estos términos. A su vez, estos argumentos corresponden con la postura de Citro, (2006) quien señala que el cuerpo está atravesado por significantes culturales, y es, asimismo, productor de significantes en la vida social.

En este sentido, a partir de Muller (2009) se retoma el concepto de intersubjetividad en tanto que resulta útil para comprender la manera en que los individuos de determinado grupo construyen significaciones que los ligan más allá de la geografía o de estímulos físicos

en concreto. El autor señala que la intersubjetividad inicia en el encuentro con el otro, por lo que existen muchas dimensiones enfatizables de las cuales destaca que se suscita una relación entre dos sujetos en donde las subjetividades individuales se articulan y expresan. Asimismo, se plantea que ésta es el resultado de una etapa del desarrollo, en el momento en el que el infante es capaz de sentir que otros son distintos a él mismo, lo que posibilita compartir experiencias subjetivas (Stern, 1991; citado en Muller, 2009).

Asimismo, para explicar la epidemiología a partir de variables psicológicas, se ha utilizado el concepto de “psicosomático”, mismo que ha sido caracterizado de distintas maneras. Por su parte, Ocampo (2016) señala que el cuerpo requiere tanto del lenguaje y del simbolismo como de la relación con los otros para conseguir la imagen de sí mismo que se convierte en significativa de la unificación que el sujeto realiza de su cuerpo. Por lo tanto, Ocampo aborda los procesos psicosomáticos como un escrito en el cuerpo que es posible descifrar. Sin embargo, destaca la dificultad de aislar la sintomatología de conversión en una entidad nosológica, puesto que ésta guarda una relación simbólica con la historia personal de cada sujeto. Esto supone un desafío cuando si se pretende realizar la generalización de casos, por lo que considero pertinente abordar este problema a partir de la postura de Fernández Gaos (2009), quien señala que las “otras maneras de vivir” y de entenderse, no son susceptibles de entrar en una categoría absoluta.

En otras palabras, el proyecto epistemológico que plantea Fernández Gaos (2009), supone la reivindicación de la singularidad y la subjetividad. A su vez, establece una distinción entre organismo y cuerpo. El autor menciona que, Freud sitúa la primera vivencia de satisfacción en el organismo cuando señala que ésta deja una huella a la que solo se puede acceder de forma alucinatoria, como reedición de la primera. Para el autor, si la experiencia se describe en términos de un conjunto de reacciones orgánicas, esto supone que el psiquismo es una condición propia del neonato que elabora un registro de lo que sucede en el organismo. En consecuencia, Fernández Gaos plantea que la vida psíquica involucra la fundación de una identidad, lo que implica que el cuerpo devenga como representación o identidad a partir de las manifestaciones del deseo del otro: ver en el cuerpo del otro la demanda de una satisfacción y de forma simultánea, la instauración de la demanda de que el otro le desee. En este sentido es que el autor señala que se suscita una libidinización del cuerpo o de porciones

somáticas, por lo que el funcionamiento del cuerpo no solo se rige a partir de las leyes que estructuran el funcionamiento de los órganos, sino que su funcionamiento anatómico se ve afectado por agentes subjetivos o “afectos”. Por lo tanto, la historia del sujeto es partícipe de los sucesos de su cuerpo. Considero pertinente poner de relieve nuevamente los planteamientos de Canguilhem (1986), quien señala que la fisiología tiende a la historia. Por su parte, Canguilhem plantea que no existe inocencia biológica en términos de que, en el proceso salud-enfermedad, no existe un restablecimiento absoluto en el cuerpo, sino que una constante es superada por el establecimiento de nuevas normas; mientras que Fernández Gaos, destaca la participación de la dimensión biográfica y afectiva del sujeto en los acontecimientos de su cuerpo; por lo tanto, la postura de ambos autores es complementaria.

En este mismo sentido, Le Breton (2002) señala que no existe una naturaleza del cuerpo. El autor pone de manifiesto que en las culturas que denomina “de composición holista”, no existe el concepto de cuerpo como fragmento autónomo del ser humano, en tanto que este no se reconoce como elemento discernible del sujeto que le presta rostro. En otras palabras, el sujeto no es objeto de escisión con respecto del cosmos, la naturaleza y la comunidad. Le Breton parte desde la etimología del idioma *euskaro* para ejemplificar el establecimiento de una idea de ligazón con respecto de los elementos de la naturaleza, por lo que es posible dar cuenta de la inscripción de una correspondencia entre cosmos y el cuerpo humano.

Los planteamientos de Le Breton (2002) son puestos en relación con los idiomas mesoamericanos de tres familias lingüísticas, de la familia otomangue se menciona el *tu'un ñuu savi* y *diidxazá*; mientras que de la familia yuto-nahua se menciona el *náhuatl* y de la familia mayense, el *bats'il k'op*. En estas lenguas es posible vislumbrar las correspondencias que señala Le Breton, puesto que en *tu'un ñuu savi*, la palabra “brazo”, “rama” y “ala” son referidas con el mismo vocablo (*tyiyo*), lo cual refiere la existencia de una idea de consustanciación con la naturaleza. A su vez, existen correspondencias con el cuerpo al referir localizaciones geográficas, por ejemplo: *xini yuku* es “la cabeza del cerro” (cima), mientras que *tyiji yuku* es la panza del cerro (bosque), así como *na'a yutun* es la mano de árbol (hoja). Por otra parte, en la lengua *náhuatl*, es posible vislumbrar que las partes del cuerpo siempre son referidas con un sujeto que las posee. Es decir, no es posible nombrarlos

de forma independiente; para hacer esto, se utiliza la forma posesiva “nuestra”, por ejemplo: *tomauh* que se traduce como “nuestra mano” equivale a “la mano”.

Otro aspecto relevante es el hecho que tanto en *tu'un savi, nahuatl, diidxazá y bats'il k'op*, es posible identificar que existe un proyecto epistemológico del cuerpo análogo al del psicoanálisis, en tanto que el cuerpo es entendido como una producción. El proceso de invención del cuerpo se vislumbra en las categorizaciones lingüísticas que se otorgan a la persona en tanto que esta “llega a ser”. Pitarch (2013) señala que en *bats'il k'op*, la lengua *tzeltal, k'otem* es la persona moralmente correcta, que alcanza a ser un verdadero y auténtico, o *bats'il winik* (persona verdadera). Mientras que en *tu'un savi*, se denomina *tee kuaryi* a los niños y *ña'an kuaryi* a las niñas, lo cual significa respectivamente hombre y mujer “pedacito”, y no es sino hasta el adiestramiento de las actitudes del cuerpo y la participación en la comunidad, que los *Tzeltal, Nuu Savi* y las culturas holistas, obtienen el fundamento y sentido de su existencia.

En consecuencia, la lógica familiar es puesta en relación con esta participación en la colectividad; por lo tanto, en las lenguas antes mencionadas, todos los adultos son denominados “tío” o “tía”, “abuelo” o “abuela”, “primo” o “prima”, “hermano” o “hermana”, dependiendo la relación de edad que exista entre los interlocutores. Por lo tanto, considero pertinente establecer una analogía entre la construcción del cuerpo *tzeltal*, a partir de lo señalado por Pitarch (2013) y otras culturas holistas como les denomina Le Breton (2002), así como lo señalado con respecto de las naciones mesoamericanas *Nuu Savi y Binni Zá*, con el proyecto epistemológico de construcción del cuerpo desde la postura psicoanalítica de Fernández Gaos (2009). El sujeto es abordado como responsable de sus propias caracterizaciones; es decir, como partícipe en la producción de éstas. En este sentido, para Fernández Gaos, el cuerpo es un devenir en tanto que éste no se agota en su fisiología, lo que supone que el cuerpo es vivido por alguien y a partir de estas vivencias es que deviene como representación. Señala el autor que, la vida psíquica es distinta del sentir orgánico en tanto que la primera involucra la fundación de una identidad. Desde esta perspectiva, el cuerpo humano no solo se rige a partir de las leyes que estructuran el funcionamiento de los órganos, sino que el funcionamiento de su anatomía se ve afectado por agentes subjetivos.

En este sentido me parece pertinente señalar una analogía entre la postura psicoanalítica de Fernández Gaos (2009) y la medicina tradicional *teenek* (Hernández, 2012). Fernández Gaos plantea que, en primer lugar, el paciente atribuye las causas de su enfermedad a factores biológicos, y si no los encuentra, recurre a los términos desarrollados a partir de la medicina “psicosomática” como el estrés, placebo y sugestión, los cuales devuelven el concepto de enfermedad a un equivalente de lesión orgánica. En consecuencia, esta aproximación nos sitúa frente a una historia prefabricada donde el sujeto aparece como víctima de una enfermedad de la que no sabe nada y no como el responsable de sus caracterizaciones y sus dolencias. Por lo tanto, la voz del sujeto queda silenciada, lo que consecuentemente es denunciado por el cuerpo mediante el síntoma que posee un valor reconstitutivo, a manera de un intento de reequilibrio. Desde la perspectiva de Fernández Gaos, es preciso señalar que el sujeto puede ser el autor de sus lesiones orgánicas, de su muerte y de su curación.

Por su parte, Hernández (2012) menciona que desde la medicina tradicional *teenek*, el curandero denominado *ilaalix* se entrevista con el paciente en donde éste describe de forma detallada sueños y situaciones que considera son la causa de su enfermedad. Si bien el curandero *teenek* se vale de diversos métodos para determinar el curso de la curación, es preciso señalar una relación con el proyecto epistemológico que plantea Fernández Gaos (2009), que de igual forma supone la reivindicación de la singularidad y la subjetividad; planteamientos que se encuentran en concordancia con lo señalado por Canguilhem y Merleau-Ponty con respecto de la experiencia de la enfermedad, puesto que esta aparece como propiciatoria de conocimiento científico (Battán, 2008). De igual manera, Para Aceves (2013), la historia oral se plantea la necesidad y la pertinencia del ámbito subjetivo y de la experiencia humana mediante el recurso metodológico de la historia de vida, lo que le permite reflexionar también, sobre el cúmulo de experiencias que constituyen la vida de la sociedad.

A su vez, es posible establecer una relación entre los planteamientos de Hernández (2012) con respecto de la medicina tradicional *teenek*, y la visión de las culturas holistas con respecto del proceso salud-enfermedad, en tanto que en este se pone de manifiesto una

relación con el ambiente, en tanto que las funciones fisiológicas aparecen relacionadas con los elementos de la naturaleza. A su vez, esta integración al orden natural de las cosas involucra también la norma social, por lo que la transgresión de estas normas tiene efecto en el orden cósmico; desde sequías, inundaciones, hasta enfermedades (Hernández, 2012).

En consecuencia, la historia del sujeto es partícipe de los sucesos de su cuerpo. Por ello, es preciso señalar que la construcción del cuerpo en función de los regímenes culturales, tiene implicaciones en la práctica clínica. A partir de Freud (citado en Fernández Gaos, 2009), el síntoma histérico adquiere un valor restitutivo, mientras que para el médico, este es señal de disfunción orgánica. En consecuencia, se aborda el proceso salud enfermedad, con respecto de las vicisitudes culturales, desde una perspectiva que involucra la biografía y vida afectiva de los sujetos.

En este sentido, los planteamientos de Chiozza (2018) resultan esclarecedores. A partir de los planteamientos de Freud, Chiozza menciona que cada una de las distintas zonas erógenas tiene la facultad de aportar componentes propios a la excitación general, propiciando en el campo de las representaciones inconscientes, fantasías específicas que van más allá de las orales, anales y genitales. Por lo tanto, existen significados inconscientes específicos en las distintas manifestaciones físicas que forman cuadros patológicos. Se toma como punto de partida el concepto de “afecto” que resulta fundamental para el desarrollo del trabajo psicoanalítico de Freud y Breuer con respecto de la histeria, puesto que, para los autores, esta tiene su origen en un acontecimiento traumático que no encuentra una descarga adecuada, lo que da lugar a un “afecto arrinconado”. Para Freud (citado en Chiozza, 2018, pp.37), el proceso de descarga inicia a partir de una excitación que detona a un “montante de afecto”. A su vez, destaca que la cualidad de los afectos, es decir, lo que determina que estos sean vergüenza, enojo, envidia, etc., se define por la disposición inconsciente que el “montante de afecto” despierta.

En consecuencia, esta disposición inconsciente es entendida a partir de una “clave de inervación”, que funciona como código que determina el conjunto de movimientos y secreciones que constituyen la descarga típica para determinado afecto (Chiozza, 2018, pp. 37). Por lo tanto, al evitar el displacer que podría producir determinado afecto, se evita una

descarga típica del mismo, sustituyéndola por otra descarga que solo utiliza uno de los elementos del código que configura la clave de inervación. En consecuencia, para el autor, una sensación somática, propioceptiva, interoceptiva, o algún otro fenómeno corporal, puede representar inconscientemente a un determinado afecto latente, en correspondencia (clave de inervación) con los cambios corporales que ocurren cuando se experimenta dicho afecto. En este sentido, considero que el concepto de “montante de afecto” y “clave de inervación”, nos permiten ejemplificar la manera en que los regímenes culturales suponen un avatar que define la estructura de las representaciones del cuerpo y su somatización.

A partir de Fernández Gaos (2009) y Mueller (2009) se destaca la importancia de la subjetividad y la voz del sujeto, así como la toma de postura con respecto del mismo y, consecuentemente, el ajuste hacia determinado discurso sobre la salud; sin embargo, considero que el abordaje de Chiozza (2018), desde el “montante de afecto” ofrece un camino explicativo a partir del cual podemos dilucidar la manera en que el individuo otorga una organización o un sentido a sus vivencias en términos afectivos, a partir de sucesos en la vida personal, pero que también se encuentra inserta en un contexto cultural y socialmente determinado que es posible estudiar mediante el mito, ya sea individual o colectivo, la lengua que se habla y las metanarrativas del grupo al que se está adscrito. Para Echeverría (2003), las “metahistorias” o “metanarrativas” son estructuras fundamentales en las cuales las sociedades se incorporan para definir los discursos históricos. Asimismo, para el autor, la historia, la literatura, la religión y la filosofía de cada sociedad nos permite aproximarnos a dichas metanarrativas, a partir de las cuales, la gente confiere sentido a los acontecimientos, dando lugar a distintas formas de la existencia humana.

En este sentido considero pertinente destacar los planteamientos de Peña (2000), quien menciona que el efecto traumatizante de una situación o acontecimiento pasado en la vida de un paciente no tiene un carácter intrínseco, sino que se fundamenta en una estructura preexistente. Por lo tanto, desde esta perspectiva, lo inconsciente consiste en un conjunto de estructuras preexistentes y sus leyes, lo que para Lacan (citado en Peña, 2000) constituye el orden simbólico. Peña destaca que Para Levis-Strauss y Lacan, el inconsciente no es un depósito de particularidades subjetivas, sino una función simbólica que impone leyes a un conjunto de elementos inarticulados. Consecuentemente, el inconsciente, al ser producto de

la función simbólica, es entendido como un lenguaje. Los planteamientos anteriores están de acuerdo con lo señalado por Chiozza (1998) y pueden explicarse mediante el “montante de afecto” que se establece en las claves de inervación.

A su vez, Chiozza (1998) menciona que las expresiones particulares del lenguaje están determinadas por la relación entre signo y su significado, sin embargo, destaca la permanencia de una carga inconsciente donde participan los motivos que dieron origen a determinada expresión verbal, lo cual supone que el síntoma juega una función restitutiva del sentido original. A partir de estos planteamientos, es posible señalar ciertas correspondencias, en términos de fantasía, entre lo ácido y lo agrio con respecto de lo gástrico y al órgano digestivo, mientras que lo venenoso y amargo se asocian a lo hepático a partir de su relación con la bilis.

En este sentido, es preciso destacar el papel que juegan las fantasías inconscientes en el proceso de salud-enfermedad, las cuales son asequibles mediante el estudio del mito, la narrativa individual o colectiva y mediante el lenguaje. A su vez, en relación a lo planteado por Chiozza (1998) con respecto de las zonas erógenas y su facultad de aportar componentes propios a la excitación general, lo que deviene en fantasías específicas el campo de las representaciones inconscientes, Fernández Gaos (2009) añade que, el entender lo psíquico como un “aparato” en donde se funda una identidad, supone la condensación de lo cualitativo, cuantitativo, real y espacial, subjetivándolo para formar parte de una singularidad. Para Fernández Gaos, es mediante este proceso que los órganos, entendidos como porciones somáticas, devienen en cuerpo al ser libidinizadas, en tanto que es mediante la libido que se da lugar a la representación. En consecuencia, considero la postura de Fernández Gaos y Chiozza como complementarias, en tanto que permiten abordar el proceso salud-enfermedad a partir de la distinción del organismo y el cuerpo como representación.

Chiozza (1998) parte del mito de Prometeo para explorar el contenido que revela la relación, en términos de fantasía, entre los órganos y las entidades anímicas. El autor plantea la pertinencia de analizar las producciones literarias en relación con el hígado y las emociones de celos, envidia y amargura, otorgándoles un valor de asociaciones. A partir de los planteamientos de Chiozza, el hígado está representado simbólicamente mediante el fuego,

en función de que éste se consume y se regenera como los deseos amorosos. Para el autor, el mito parece aludir, entre las distintas representaciones de los procesos biológicos, a los procesos metabólicos de alimentación. A su vez, supone que el pico del águila se presenta como una alusión al proceso alimenticio y al hambre que devora una sustancia ajena con la finalidad de reponer la energía que se gasta en vivir. Por lo tanto, el hígado es el representante del metabolismo y por lo tanto de la materialización. En consecuencia, el autor plantea la posibilidad de abordar la envidia y los celos en relación con las representaciones hepáticas. En este sentido, la excreción de fluidos por parte del hígado puede pensarse en relación con un mecanismo inconsciente o psicocorpóreo de expulsión, retención o acumulación venenosa. En consecuencia, la envidia deja de ser solamente un sentimiento o un impulso, para ser una acción o “mecanismo del yo”.

Por lo tanto, esta configuración establece, necesariamente, una relación con otro objeto. Añade Chiozza (1998) que, la bilis tiene la función de preparar los alimentos, interviniendo en la digestión de un elemento externo. Consecuentemente, el mecanismo de digestión envidiosa, constituye un aspecto proyectivo que encuentra su justificación en el deseo de incorporar al objeto idealizado. En este punto me parece pertinente destacar los planteamientos de Echeverría (2003) quien señala que, mediante el lenguaje es que se posibilitan o no determinados cursos de acción, por lo tanto, este hecho involucra una relación de poder en el lenguaje. Por su parte, Fernández Gaos (2009) destaca que todo intento de decir algo sobre el sujeto implica tomar una postura con respecto de él y de sus proyecciones. En consecuencia, los discursos que el ser humano ha generado sobre sí mismo responden a un interés determinado a partir de una serie de ordenamientos que, además de hacerlo diferenciable del resto de los seres vivos, justifica y vuelve inteligible un régimen de privilegios y sanciones. Por lo tanto, es posible señalar dos implicaciones que se derivan de los planteamientos anteriores. En primer lugar, la construcción de la realidad diagnóstica se ve determinada por un conjunto de discursos sobre la salud que se imponen al sujeto y a su enfermedad. En segundo lugar, el sujeto mismo, se encuentra inserto en un lenguaje que no solo legitima acciones, sino que se constituye en acción con el cuerpo, lo cual puede ejemplificarse mediante el mecanismo de digestión envidiosa descrito por Chiozza (1998).

Los planteamientos anteriores son puestos en relación con lo señalado por López Austin (1989), quien menciona que en distintas culturas se ha establecido al hígado como el asiento o depositario de entidades anímicas. El autor señala que en la lengua de los *Kewa* de Nueva Guinea, existen diferentes composiciones en donde aparece el vocablo *púú* (hígado), y que hacen referencia a estados anímicos; por ejemplo: *púú kúdínaa*, “el hígado se ha extinguido” que significa “muerte”; y *púú kotá*, “el hígado está mal” que significa disgusto. Asimismo, en el caso de la cultura *Binni zá*, se menciona que el hígado es considerado también responsable de la condición anímica denominada “*nayana ladxi*” que significa “hígado picante”, y se utiliza para designar a alguien irracional o “visceral”. A su vez, López Austin menciona que, otra manera de llamar al rostro en la cultura *nahuatl*, correspondiente al Valle de México, es mediante el término “*ihiyotl*”, siendo este sinónimo de “el aliento”, en tanto que se plantea una relación con el “rostro” puesto que involucra los conceptos de fama, gloria e ira, que son comunicados al rostro por dicho aliento (López Austin, 2004).

Asimismo, López Austin añade que el fenómeno del nagualismo corresponde con una toma de posesión realizada por hombres, muertos o animales a través de la entidad anímica *ihiyotl* o *nahualli*. Por lo tanto, esta “toma de posesión” se traduce como aparición o manifestación en una cosa: “*itla ipan ninoquixtia*”/“yo me manifiesto en algo”. En este sentido, considero pertinente señalar los planteamientos de Chiozza (2018) quien señala que, en términos de fantasías inconscientes, el hígado representa la materialización, en tanto que este se arroga el proceso metabólico y alimenticio. Considero importante señalar que se están tomando mitos de orígenes culturales diversos; en consecuencia, estos establecen distinciones con respecto de la forma de significar los procesos hepáticos. Sin embargo, lo destacable es que este órgano es también representante de entidades anímicas, lo que nos permite entender los procesos somáticos en función de las narrativas particulares de cada sujeto en su propia cultura.

A partir de Pitarch (2013), se destaca que existe un estrecho vínculo entre lenguaje, enfermedad y cuerpo humano, lo cual establece una similitud entre el proyecto epistemológico de la teoría psicoanalítica y la medicina tradicional *tzeltal*, en tanto que, en la segunda, el lenguaje no es solamente una vía para introducir la enfermedad en el mundo humano, sino que la enfermedad misma es entendida como un texto o un lenguaje. En el

canto “*Poxil kux o’tanil*” o “medicamento para el corazón”, pronunciado por Extevia P’in en Cancuc en los Altos de Chiapas, se representa un diálogo entre chamán y enfermedad. Pitarch señala que, durante el diagnóstico, el chamán debe tener precaución de no nombrar la enfermedad, o debe nombrarla equivocadamente. Considero que, para comprender este último argumento de Pitarch, es posible retomar los planteamientos de Fernández Gaos (2009), a partir de Freud, señala que, en el desarrollo de la teoría psicoanalítica, las enfermedades orgánicas eran concebidas como resistencias al tratamiento analítico. Fernández Gaos plantea que, a partir de la transferencia operada de la figura paterna hacia el analista, el paciente no cede ante él, sino que busca su fracaso en función de las demandas de un Superyó severo que le requiere pagar sus culpas. Por lo tanto, ya sea en la situación analítica o en el procedimiento llevado a cabo por Extevia P’in, denominado “*Poxil kux o’tanil*” o “medicamento para el corazón”, es posible vislumbrar la actitud con la cual se asume el paciente frente a la confrontación con una historia que le restituye un papel protagónico y de responsabilidad como variable en el fenómeno de enfermar. En consecuencia, la cautela del chamán al nombrar la enfermedad directamente, tiene que ver con las resistencias del sujeto frente a dicha responsabilidad.

A su vez, se menciona que en los cantos denominados *Poxil*, es posible establecer una analogía con la situación analítica, en tanto que se interpela a la enfermedad como texto. Es decir que, en el canto, la enfermedad se vuelve un interlocutor que responde describiéndose o descubriéndose, mientras que la curación del enfermo consiste en la extracción de palabras intrusas causantes de enfermedad. Esto se realiza mediante la pronunciación de otro texto, sin embargo, advierte Pitarch (2013) que, el chamán no puede confiar en todo lo que dice la enfermedad. En el caso de la situación analítica, también se devela un discurso para alcanzar una cura. En este sentido es que Laplanche, Lagache y Pontalis (1996) señalan que por medio de la “integración en el complejo de asociaciones” es posible ejercer una acción correctora sobre el recuerdo del trauma que permanece como “grupo psíquico separado”. Para los autores, la eficacia de la cura reside en el establecimiento de conexiones asociativas que permitan la liquidación del trauma, lo cual es una forma de catarsis. Por lo tanto, es posible otorgar a los cantos *Poxil* un valor restitutivo en una cadena asociativa a partir de un evento traumático, hecho que queda de manifiesto en las palabras

que pronuncia inicialmente Extevia P'in: "*bit'il majtabet ati', ma jtabet akuyul talel'*" que se traduce como: "¿Cómo no voy a reconocer tu palabra?, a descubrir el signo con el que has venido" (Extevia P'in, citado en Pitarch, 2013, p. 78).

Asimismo, a partir de los planteamientos de Lévi-Strauss (1995) se establece que es posible combatir perturbaciones fisiológicas mediante la utilización de determinadas representaciones psicológicas. En otras palabras, el autor señala que es posible llevar a cabo una mediación puramente psicológica en donde no existe un contacto físico con el enfermo ni la aplicación de un remedio. Para ello utiliza el término "eficacia simbólica" que es entendida por el autor como una "propiedad inductora" de algunas estructuras respecto de otras en diferentes niveles del ser vivo, desde procesos orgánicos, hasta procesos del psiquismo o inconscientes.

A su vez, señala que, el hecho de que el pensamiento del *shamán* esté o no fundamentado en una realidad objetiva, carece de importancia en tanto que el enfermo nunca pone en duda los elementos de la cosmovisión originaria, sino que los acepta como parte de un sistema coherente. En consecuencia, en el caso de la parturienta, descrito por el autor, lo no aceptable o incoherente son los dolores extraños al sistema, los cuales, a través del *shamán*, vuelven a entrar en un conjunto en donde todo adquiere sustentación y sentido. Por lo tanto, para Lévi-Strauss, la cura consiste en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos, y posteriormente, volver aceptables los dolores que el cuerpo se rehúsa a tolerar.

Lévi-Strauss establece una analogía entre la cura en el psicoanálisis y la denominada cura *shamánica*, en tanto que corresponden a una lógica transcultural de la curación, a partir de la eficacia simbólica, proceso mediante el cual se da un paralelismo entre mito y operaciones. Estos planteamientos resultan complementarios a la postura de Chiozza (2018), quien parte del estudio de los mitos y el uso de la lengua para dar cuenta de los procesos u operaciones en el soma. Asimismo, considero que lo señalado por el autor, con respecto del montante de afecto, resulta un modelo explicativo de la eficacia simbólica, a partir de las claves de inervación.

En este sentido, se menciona que para Lacan (citado en Peña, 2000) y Lévi-Strauss (1995) lo psíquico corresponde a un orden simbólico, en donde el inconsciente no es un depósito de particularidades subjetivas, sino que la función simbólica tiene la facultad de imponer leyes a un conjunto de elementos inarticulados. En consecuencia, el inconsciente, al ser producto de la función simbólica, es entendido por los autores como un lenguaje. Por lo tanto, considero que, si la eficacia simbólica establece leyes y relaciones de elementos inarticulados, es posible abordarla en relación al establecimiento de montantes de afecto y claves de inervación.

En este punto considero pertinente señalar los planteamientos de M. García (2011), quien señala que existe una perspectiva lógico-semántica en la teoría psicoanalítica, expresada en la eficacia simbólica. Sin embargo, para el autor, es posible dar cuenta de la palabra como acto de la pragmática del discurso. M. García menciona que la primera proposición de Lévi-Strauss (citado en M. García, 2011), consiste en que la cura se realiza al hacer pensable una situación dada, lo cual considera que no es suficiente para provocar el desbloqueo del proceso fisiológico. Por lo tanto, la postura de M. García supone la producción de significaciones de orden semántico y a su vez, pragmático. En este último es donde el autor ubica el proceso de desanudamiento, por lo que considera que la abreacción no lleva a la cura, sino a un alivio temporal. En consecuencia, para M. García, la eficacia simbólica es eficaz en tanto acción susceptible de transformar y mutar un estado dado. Lo anterior corresponde con lo señalado por Chiozza (2018) cuando señala que la excreción de fluidos por parte del hígado puede pensarse en relación con un mecanismo inconsciente o psicocorpóreo de expulsión, retención o acumulación venenosa.

Para M. García (2011), el pragmatismo de la palabra no consiste en negar su dimensión semántica y su función, sino que desde esta perspectiva, se plantea que la eficacia simbólica no solamente se da en términos de la comprensión de una estructura inconsciente de las representaciones, sino a la posibilidad de hacer emerger esquemas constitutivos a cada representación por lo que, para el autor, las enfermedades como el susto o los males por envidia, suponen también acciones con propiedades inductoras de transformación subjetiva entre los sujetos que las hacen circular culturalmente. A su vez, M. García señala que, mediante la carga simbólica de ciertos actos, es posible establecer una comunicación entre

analista y el paciente que permita un efecto de desanudamiento. Por lo tanto, para Lévi-Strauss (citado en M. García, 2011) el acto puede devenir simbólico; mientras que el planteamiento de M. García supone que los símbolos y los discursos también constituyen actos, siendo este estatuto lo que les otorga su eficacia.

A partir de estos planteamientos, M. García (2011) señala que desde la teoría psicoanalítica podemos dar cuenta de que la palabra es eficaz, mientras que la antropología señala que la humanidad no esperó al surgimiento del psicoanálisis para producir una discursividad susceptible de operar transformaciones en el cuerpo. En este sentido considero pertinente señalar los planteamientos de Citro (2006) cuando menciona que en la modernidad occidental la experiencia de la carne se invisibiliza en relación a un proceso de ruptura de los lazos de la persona con la comunidad, la naturaleza y lo sobrenatural; de acuerdo con lo señalado por Zafiropoulos, quien menciona que la sociedad industrial no deja lugar para el mito, sin embargo, la neurosis puede ser entendida como una organización mítica. Por su parte, Peña (2000) destaca que, aun cuando la lógica de la cura *chamánica* y la cura psicoanalítica se supeditan a la función simbólica, en la civilización contemporánea, la experiencia mítica y sagrada tiende a expresarse en el plano individual y no colectivo (Peña, 2000).

En este sentido es que considero que, a partir de los planteamientos de Laplanche, Lagache y Pontalis (1996) donde señalan que el efecto de un acontecimiento puede liquidarse mediante abreacción o por medio de la “integración en el complejo de asociaciones” que ejerce una acción correctora, se plantea la posibilidad de abordar la cura mediante los cantos *Poxil* en la cultura *tzeltal*, y en la cura para el *pipinahuiztle* o vergüenza entre los *nahua*, y el *chibuiguidxa* o “susto tonto” entre los *binni zá*. Estos procedimientos contienen tanto actos que devienen simbólicos, así como elaboraciones discursivas que son explicables a partir de los planteamientos de Lévi-Strauss (1995) y M. García (2011); lo que nos permite establecer una relación con la situación analítica.

A partir de los planteamientos de Laplanche, Lagache y Pontalis (1996) es posible establecer que estas entidades nosológicas tienen un punto de partida en un acontecimiento traumático que no encuentra una descarga adecuada, dando lugar al “afecto arrinconado”.

Como se menciona anteriormente, la experiencia es traumática, o no, en función de las vicisitudes culturales explicadas mediante el montante de afecto, la clave de inervación y lo psíquico como un lenguaje que establece estas normas. En este sentido, se destaca que el mito como inscripción simbólica, se encuentra involucrado en la manera de enfermar.

En el caso del *pipinahuiztle*, éste se define, de acuerdo con lo reportado por los habitantes de Copalillo a Hersch y González (2011), como la resultante de la interiorización de un sentimiento de pena, turbación o humillación, cuando se experimenta o sospecha un desaire o exposición al ridículo. En este punto, considero pertinente señalar los planteamientos de Lévi-Strauss (citado en Williams, 1972) donde señala que el mito establece una medida de valor artístico y de símbolos, que más tarde se transforman en verdad moral o psicológica. En el caso de la cultura *nahua* de Copalillo, ésta es heredera de la cultura mexicana, en la cual la vergüenza se encuentra ligada al honor, siendo las transgresiones a la normatividad moral, objeto de graves reprimendas. En este sentido me parece pertinente destacar los planteamientos de Garibay (1995, citado en Hersch y González, 2011) donde menciona que la palabra “vergüenza” en los poemas mexicas sacros tiene también la connotación de causar sonrojo o ser ocasión de deshonor, y de igual forma, el fracaso en el combate o la guerra se asocia a dicho sentimiento. Por lo tanto, la cura frente al *pipinahuiztle* consiste en un acto simbólico, mediante la advocación de la desvergüenza, representada por *Ixcuina*, que adquiere presencia mediante el uso de sal o tierra. En consecuencia, es posible plantear que la etiología del *pipinahuiztle* se encuentra en relación con las normas sociales y los afectos que a partir de ellas se tramitan. Por lo tanto, a partir de Levis-Strauss (1995), Zafiropoulos (2010) y Chiozza (1998), se establece que es posible abordar el mito como una inscripción simbólica a través de la cual el sujeto produce síntomas y complejos.

En el caso del discurso realizado en la cura para el *pipinahuiztle*, mediante ciertas preguntas, el curandero permite relativizar el suceso e interpelar al sujeto con respecto de por qué se ha considerado moralmente responsable de algún hecho; y de acuerdo a lo planteado por Fernández Gaos (2009), también sitúa al sujeto frente a la responsabilidad de su padecimiento. En estos cantos se menciona: “¿Qué es lo que te fue a dar vergüenza?”, “Yo pasé rápido por ahí y no medio vergüenza, ¿a ti por qué te dio?”, “¿Qué fue?, ¿tu nariz?, ¿tu cabello?, ¿tus ojos?”. En consecuencia, considero pertinente el vislumbrar el valor

terapéutico de dicho procedimiento, en tanto catártico, ya que posibilita abreacción y restitución de una cadena asociativa, y que a su vez se acompaña de actos que devienen simbólicos para favorecer la desvergüenza.

Asimismo, estos planteamientos son puestos en relación con la vergüenza o *napaknasing*, desde la cultura *huave*, y con el *napakmbol* o fuerte susto, que también remite a la esfera de la dignidad, puesto que este tipo de susto es resultado de una intensa sorpresa surgida cuando alguien es descubierto en una acción íntima. Considero pertinente destacar lo señalado por Signorini y Tranfo (1979, citado en Hersch y González, 2011) cuando mencionan que el susto puede ser resultado de acciones que en sí mismas no resultan vergonzosas, sino que producen este efecto en el momento en que entran en relación con una situación de inconveniencia o ilicitud. En este sentido, los autores mencionan el *napakmbol wis nisoet* o “susto sobre el pecado”, que se suscita en relación al susto y la vergüenza como resultado de la sexualidad prohibida. Estos planteamientos corresponden a lo que se denomina “susto tonto” o *chiibiguidxa* en la cultura *Binni zá* (Zapotecas del istmo), el cual aparece a partir de que un sujeto observa un acto fuera de la norma aceptable socialmente, particularmente con respecto a actos sexuales. El sujeto presenta debilidad y palidece, por lo que, ante esta situación el curandero interpela al sujeto sobre su observación, con la intención de que éste refiera detalladamente lo que ha visto a fin de lograr una abreacción adecuada. A su vez, se realizan otros procedimientos como enterrar al sujeto hasta la cabeza y posteriormente perseguirlo mientras se le pregunta sobre el evento que observó y se le golpea con ramas. En consecuencia, considero pertinente el abordar este procedimiento como favorecedor de la abreacción y de un desanudamiento, mediante la restitución de una cadena asociativa.

Posteriormente se aborda el “mal de ojo”, que aparece en diversas culturas. Para Siebers (1985), para abordar el mal de ojo es preciso partir del concepto de “psicología de la mirada fija”, en tanto que en ésta, el observador juzga y determina si algo es agradable o no; es decir, asigna un valor de uso al objeto de su observación. A su vez, cuando la observación es constante, puede aparentar un propósito hostil, en tanto que hace caso omiso al derecho de privacidad del observado, imponiéndole la mirada. En otras palabras, introduce al sujeto a una relación intersubjetiva.

En consecuencia, Siebers (1985) señala que, en las relaciones interpersonales, los seres humanos tendemos a culpar a los demás frente a los hechos inexplicables. A partir de ello, el autor señala la existencia de una lógica acusatoria en torno a los accidentes o errores. El autor señala que la lógica acusatoria es equivalente al pensamiento categórico, tomando como punto de partida el sentido original de *kategorema*, que significa “denuncia” o “acusación pública”. Por lo tanto, en el hecho de cometer un error frente a los otros y no asumir la responsabilidad, ocurre un resquebrajamiento de la cadena causal que requerirá de cierta lógica para restablecerse a fin de mantener una coherencia con respecto del hecho ocurrido.

A partir de los planteamientos de Siebers (1985), Hersch y González (2011) y Chiozza (1998, 2018) es posible señalar las siguientes implicaciones. El susto, la vergüenza y el mal de ojo pueden ser abordados desde una lógica acusatoria o de *kategorema*, en la cual las entidades nosológicas mencionadas, suponen una responsabilidad moral del sujeto, o la atribución de ésta a otro sujeto, con respecto de determinados acontecimientos y su valoración. A su vez, la “psicología de la mirada fija” puede ser abordada en relación con el concepto de intersubjetividad, ya que la imposición de la mirada nos introduce, necesariamente, en una relación con los otros. En este sentido, considero pertinente destacar que, en dichas relaciones intersubjetivas se suscitan relaciones objetales, por lo que es pertinente señalar que un sujeto enferma en relación con otros sujetos.

Por otra parte, Freud (1986) señala que existen diversas maneras en que opera el olvido, sin embargo, cuando el contenido no se produce como recuerdo, este se presenta como acción. Es decir que, el sujeto lo repite sin saberlo. Por lo tanto, es posible plantear que estos actos, o acciones también suponen actos con el cuerpo; es decir que los “modos de andar” fisiológicos descritos por Canguilhem (1986), o el “mecanismo del yo” en su forma de envidiar, (Chiozza, 1998), así como los diversos procesos orgánicos que se suscitan a partir de la vivencia de un cuerpo libidinizado y como representación, devienen a partir de relaciones en la intersubjetividad (Mueller, 1980).

A partir de lo anterior, considero pertinente establecer una relación entre los procesos llevados a cabo en el cuerpo, en relación con el concepto de “condición necesaria pero no

suficiente”, utilizado por Chiozza (1998) para caracterizar la enfermedad, en tanto que éste nos permite fundamentar una nueva terapéutica que supera la dicotomía que establece la distinción entre la psicogénesis o la somatogénesis de la enfermedad, además de ampliar los recursos clínicos.

Para Chiozza (1998) introducir el concepto de “causa necesaria pero no suficiente”, involucra preguntarnos sobre las causas y, de igual forma, sobre “el porqué” de la enfermedad. Determinar el reconocimiento de las causas orgánicas de la enfermedad opera dentro de un dominio, mientras que el preguntarse “¿por qué?” contiene una fuerte raigambre afectiva en tanto que interesa al paciente. El autor ejemplifica mediante el caso de hepatitis infecciosa, en donde la investigación y la terapéutica quedan acotadas al conocimiento de los virus. Sin embargo, el virus es una condición necesaria pero no suficiente para la hepatitis, por lo tanto, es posible explorar en el dominio de lo anímico, otra condición necesaria pero no suficiente. En consecuencia, para Chiozza (1998) la discusión sobre el origen orgánico, psíquico o social de la enfermedad puede ser superada en tanto se abandone la idea de una “causa única”, dando lugar a la reivindicación del derecho de cada campo del conocimiento a orientarse a un fenómeno en función de su objeto de estudio (Chiozza, 1998).

En este sentido, el médico con formación psicoanalítica esclarece el simbolismo de los síntomas y su vinculación con episodios biográficos (Chiozza, 1998); así como en la terapéutica de las culturas *teenek*, *tzeltal*, *nahua*, *binni za*, *huave* y otras de composición holista. A su vez, considero pertinente señalar que para Chiozza, el encontrar un “porqué” comprensible en el terreno de lo psicológico, tampoco nos exime de investigar las causas eficientes que explican la transformación en la configuración y función de los órganos en el caso de un trastorno.

Con respecto a las causas y el porqué de la enfermedad en los casos etnográficos mencionados en este trabajo, podemos identificar que, en el caso del *pipinahuztle*, el susto y el susto tonto, éstos son resultado de eventos vergonzosos en relación con una exigencia social, el hombre que no debe ser flojo y debe tener destreza y fortaleza, ser aceptable para su pareja, ser aceptable en su apariencia física o dominar el idioma hegemónico y acatar las normas en relación con la vida sexual. En el caso de las mujeres, el evento vergonzoso está

asociada al pudor, el decoro y la realización adecuada de sus actividades. Lo anterior, nos permite suponer una etiología en función de las formas de comportamiento colectivo, con la finalidad de aproximarnos al proceso de vergüenza y susto en su dimensión histórica, social y biográfica.

A su vez, a partir de los planteamientos de Goffman (2005) es posible describir la manera en que las normas sociales operan en la cotidianidad y cómo se involucran en la vida afectiva y las relaciones intersubjetivas. El autor define como “línea” a la tendencia a involucrarse en un patrón de actos verbales y no verbales determinados, mediante los cuales el individuo expresa su visión de la situación y realiza la evaluación de los participantes y de sí mismo. A su vez, define la “cara” como el valor positivo que una persona adquiere en función de la línea que los demás asuman que ha adoptado, por lo que ésta establece una delimitación en términos de los atributos sociales que son aprobados. En función de los conceptos “cara” y “línea” es posible aproximarnos a la forma en que el ritual colectivo constituye una reafirmación del niño con *mizcotón* o que “quiere gato” dentro de la comunidad. Considero que los conceptos desarrollados por Goffman (2005) son útiles al abordar la etiología de la vergüenza o el susto, en tanto que denota el papel de las normas sociales y los afectos que se tramitan a partir de estas en los procesos patológicos.

Por su parte, Fossum y Masson (citado en Hersch y González, 2011) plantean, desde una perspectiva genealógica, una etiología de la vergüenza como una herencia que sostiene a la actual, y que supone la base para nuevos hechos vergonzosos en un ciclo generacional que se perpetúa en las interacciones diarias en función de injusticias pasadas. Por su parte, Rubel, O’Neill y Collado-Ardón (1995) señalan que el susto puede operar en uno o más de tres sistemas del sujeto: social, psicológico y orgánico; es decir que participan los tres en el proceso de adaptación y defensa. En consecuencia, los autores plantean que la interacción entre procesos fisiológicos, psicológicos y sociales, producen variaciones en la salud relativa. Sin embargo, los autores ponen un especial énfasis en las condiciones orgánicas como el estrés o una carga de trabajo excesiva en ciertas colectividades, lo cual puede ser entendido como una causa necesaria pero no suficiente de enfermedad.

Asimismo, García (2011) señala que los problemas de salud entre los *teenek* de Veracruz se han asociado a la rudeza del trabajo que realizan y a condiciones precarias de vida. En este sentido, considero pertinente abordar el tema desde la postura de Chiozza (1998) y el planteamiento de condiciones necesarias pero no suficientes; así como de las causas y el porqué de la enfermedad. En este sentido, no se pretende negar una etiología que tenga condiciones explicables en términos fisiológicos, sino ubicar qué estas operan dentro de un dominio, pero que esto no nos exime de encontrar otras causas necesarias pero no suficientes en la vida afectiva de los sujetos; es decir, en relación a los acontecimientos en la vida social y su valoración. Por lo tanto, para Chiozza (1998), la investigación psicoanalítica se encuentra en posibilidad de arrojar luz en el descubrimiento de condiciones necesarias de enfermedad, desde el terreno de lo anímico. Por lo tanto, el ejercicio de conocer, tanto las causas como los motivos de la enfermedad, permite conocer las condiciones necesarias a través de distintos dominios, para que la enfermedad adquiera una determinada forma, localización y evolución particular. Estos planteamientos corresponden a lo señalado por Fernández Gaos (1998) quien menciona que, en toda patología, independientemente de las causas orgánicas, se tramitan determinados afectos.

En consecuencia, es posible establecer una relación entre los planteamientos de Chiozza (1998) con respecto de las “causas necesarias pero no suficientes” en la enfermedad, con lo señalado por Maturana (2002), quien menciona que existen diversos dominios cognitivos o dominios de explicaciones, que define como el resultado de un consenso entre observadores que aceptan las mismas explicaciones. Añade que los dominios pueden o no ser intersectantes; si no lo son, una afirmación o acción elaborada desde determinado dominio, no es válida en otro. Maturana parte de una postura que denomina “objetividad entre paréntesis”, en donde el autor sostiene que es preciso dar cuenta que todo observador parte de un camino explicativo en donde la emocionalidad altera las premisas básicas de elección de determinados argumentos explicativos. Asimismo, añade que los seres humanos, en la praxis del vivir creamos distinciones como observadores; es decir, en el lenguaje. Por su parte, Chiozza (1998) ejemplifica la existencia de conflictos particulares y específicos como correlato de síntomas, ligados simbólicamente con aspectos biográficos, mediante el caso del “hombre con dolor en el hombro”, el cual se acompaña de un dolor que “quema” en

los dedos pulgar, índice y medio. La radiografía muestra, entre la quinta y la sexta vértebra, un posible pinzamiento del nervio correspondiente con la inervación que llega hasta los dedos. Sin embargo, en este caso, el médico con formación psicoanalítica esclarece el simbolismo de los síntomas y su vinculación con episodios biográficos al dar cuenta de que, a partir de un evento que permite que se asome a nivel consciente la angustiante idea de robar anteriormente reprimida por el sujeto, se presenta el dolor en la mano “culpable”. Asimismo, los tres dedos que le arden, son aquellos con los que cuenta los billetes que pasan por sus manos.

En consecuencia, Chiozza (1998) plantea que el encontrar una explicación psicológica no nos exime de investigar las causas eficientes que explican la transformación en la configuración y función de los órganos en el caso de un trastorno, y viceversa. Por lo tanto, desde esta postura se supera la dicotomía que establece la distinción entre la psicogénesis o la somatogénesis de la enfermedad, además de ampliar los recursos de la terapéutica, en tanto que es el mismo fenómeno puede ser abordado desde distintos dominios cognitivos. En el caso descrito por Chiozza, “el hombre con dolor en el hombro”, desde un dominio cognitivo es posible dar una explicación en términos simbólicos de una experiencia que también resulta explicable en términos fisiológicos. En consecuencia, considero que los planteamientos de Chiozza con respecto de las “causas necesarias pero no suficientes” que señala en términos fisiológicos y anímicos, pueden ser abordados en relación con lo señalado por Maturana con respecto de los dominios cognitivos intersectantes y no intersectantes. Para Maturana, es posible crear puentes que nos permitan abordar un fenómeno a partir de un tercer dominio que nos permita tener por válidos argumentos de dominios cognitivos originalmente no intersectantes.

En relación con lo anterior, Devereux (2003) se refiere a la capacidad, visión, o la posición excepcional del observador (*Sonderstellung*) y las ventajas y dificultades que representa para alcanzar la objetividad. El autor considera que “el punto de vista del observador” es una fuente de datos complementarios. Por lo que señala que el observador asume un rol de gran importancia en la situación observacional (Devereux, 2003). En consecuencia, el autor plantea que, mediante la contratransferencia, es posible dar cuenta de que la personalidad del científico es un elemento que nos revela cómo se deforman los datos

recopilados; a su vez, el material psíquico del ser humano es manejado de forma distinta entre cada cultura, en algunos casos se reprime, en otros se exagera en su ejecución o se presentan diferentes grados de aceptación. Añade Devereux (1958) que es posible llegar a teorías pseudo correctas a partir de teorías o ideas tomadas del mito; por lo que establece una distinción entre estas, y las que son el resultado de una serie de observaciones, inducciones o generalizaciones intuitivas.

A partir de lo señalado por Devereux (2003) y Maturana (2003), es posible plantear que las distinciones que genera el ser humano a partir del lenguaje involucran la emocionalidad del mismo. Estos planteamientos son puestos en relación con lo señalado por Maturana (2006), cuando menciona que lo humano surge a partir de la aparición del lenguaje en la historia evolutiva del linaje homínido del que formamos parte. Para el autor, una especie es un linaje o sistema de linajes que se conserva de forma transgeneracional en la historia reproductiva de una serie de organismos. Para el autor, el ser vivo es un sistema dinámico en constante cambio estructural en una configuración de relaciones con el medio ambiente, a partir de esta dinámica de relaciones ontogénicas adoptadas, se define la identidad de un sistema de linajes. En consecuencia, es posible señalar que el lenguaje involucra un cambio en la dinámica de relaciones ontogénicas en el ser humano; estos planteamientos corresponden a lo señalado por Echeverría (2003), quien señala que el lenguaje es generativo; es decir, que tiene la facultad de alterar el curso de los acontecimientos. Asimismo, para el autor, el lenguaje es acción en tanto que ésta no sólo nos es útil para hablar de las cosas, sino para crear realidades, puesto que tiene la función de modelar la identidad y el mundo en que el sujeto habita. Considero este argumento de acuerdo con los planteamientos de Siebers (1985), quien señala que el *kategorema* del lenguaje es una lógica acusatoria, es decir, que tiene la facultad de establecer, ya sea categorías, utilidades y relaciones, por lo tanto es posible añadir las formas de enfermar y diagnosticar.

A partir de los planteamientos de Aceves (2013) es posible señalar que el uso de la metodología denominada “historia de vida”, permite resaltar experiencias vitales de los individuos en su acción dentro de la sociedad y la manera en que resultan relevantes o no en los marcos institucionales. En este sentido es pertinente añadir a lo señalado por Aceves, que la historia de vida y la narrativa, constituyen espacios en los que es posible otorgar a la voz

del sujeto y la experiencia de su enfermedad el valor de datos que pueden propiciar un conocimiento con respecto del proceso salud-enfermedad en los individuos. Considero que lo anterior corresponde con la postura psicoanalítica de Fernández Gaos (2009), cuando señala que el uso de historias prefabricadas para definir la enfermedad tiene como consecuencia el deslindar al sujeto de su participación en sus dolencias y caracterizaciones. Asimismo, en la medicina tradicional *teenek*, la terapéutica involucra que el sujeto hable con respecto de las causas que considera ligadas a su enfermedad (Hernández, 2012).

Por lo tanto, las posturas anteriores nos permiten vislumbrar causas necesarias pero no suficientes para la enfermedad a partir de distintos dominios cognitivos, lo que implica una terapéutica que no establezca una radical distinción entre los procesos de salud-enfermedad en términos fisiológicos y en términos psicológicos y culturales. Por su parte, Freud (citado en Quevedo, 1990) plantea la existencia de una dimensión psíquica susceptible de enfermedad. Sin embargo, a partir de Chiozza (1998) se plantea que la dicotomía que establece la somatogénesis o psicogénesis de la enfermedad, queda superada en tanto que estas son distinciones discursivas sobre un mismo fenómeno global en el que es posible encontrar correlatos de síntomas ligados simbólicamente con aspectos biográficos. Estos planteamientos corresponden a lo señalado por Fernández Gaos (2009) quien menciona que la enfermedad es vivida como un malestar o sufrimiento que puede estar acompañado, o no, de una lesión orgánica.

Finalmente, se establece que, tanto el psicoanálisis como distintas terapéuticas desarrolladas por la humanidad, se ha producido una discursividad susceptible de operar transformaciones en el cuerpo (García, 2011). Para Freud (1986 p.155) al cambiar la actitud consciente del enfermo hacia su enfermedad, éste ya no se lamenta de ella o la desprecia, con una conducta represora practicada en los orígenes de la enfermedad, sino que el paciente debe “cobrar el coraje” de ocupar su atención en los fenómenos de su enfermedad; por lo tanto, el analista pretende convocar un fragmento de vida real, y consecuentemente, la reconciliación con lo reprimido que se exterioriza en los síntomas. Para el autor, la meta del psicoanálisis consiste en reproducir un ambiente psíquico o una lucha con el paciente, que le permita reelaborar sus experiencias anteriores, a lo que García (2011) añade que se suscita a partir de

un pragmatismo en la palabra; es decir, en términos de una “acción”, lo que corresponde a lo señalado por Echeverría (2003).

Los planteamientos anteriores nos sitúan en la posibilidad destacar la manera en que opera lo que Lévi-Strauss (1995) denomina “lógica transcultural de la curación”, en donde las representaciones psicológicas juegan un papel en las perturbaciones fisiológicas. En consecuencia, se señalan diversos paralelismos entre las ideas y prácticas originarias, que como señala Pitarch (2013), no constituyen “vestigios arcaicos”. Por el contrario, las diferentes prácticas médicas representan una posibilidad de multiplicar puntos de vista acerca de problemas semejantes. En este sentido, no se plantea una sustitución de las prácticas originarias de curación o de las culturas holistas, con respecto de la terapéutica contemporánea, sino que, a partir de los datos etnográficos se vislumbra que el proceso salud-enfermedad puede ser abordado a partir de distintos dominios cognitivos, donde se encuentra involucrado el mito (ya sea tendiendo a lo individual, como en la sociedad contemporánea, o a lo colectivo, como en las culturas holistas), la voz del sujeto, los afectos que tramita el enfermo en función de un proceso patológico, y la vida en la intersubjetividad, como variables en el proceso salud-enfermedad. En este sentido considero pertinente destacar lo señalado por Citro (2006), quien postula que en la modernidad occidental la experiencia de la carne se invisibiliza en relación a un proceso de ruptura de los lazos de la persona con la comunidad, la naturaleza y lo sobrenatural.

Sin embargo, es preciso destacar que, aun cuando el psicoanálisis y la cura denominada “*chamánica*” apelan a un saber que involucra la vida afectiva, social y cultural en los procesos patológicos, existen también importantes diferencias. Con respecto a lo anterior, Zafiropoulos (2010) establece que el mito constituye una inscripción simbólica a través de la cual el sujeto produce síntomas y complejos, mientras que la neurosis puede ser explicada como una formación mítica en tanto que prevalece la organización simbólica compartida socialmente. A partir de ésta, el sujeto enfrenta las dificultades que encuentra en su historia. Sin embargo, añade Zafiropoulos que, en la cura esquizofrénica, el sanador ejecuta las acciones y el paciente produce su mito, mientras que el *chamán* es un sanador que proporciona el mito, por lo que el paciente realiza las acciones a través del *chamán*

míticamente transmutado. A pesar de esta diferencia, Zafirooulos destaca que ambas experiencias constituyen la recreación de un mito que el sujeto tiene que revivir.

En este sentido, Peña (2000) destaca que otra de las diferencias entre la cura denominada “*chamánica*” y la cura psicoanalítica, consiste en que la segunda no apela al culto del individuo como forma ideal del grupo, lo cual supone tener como objetivo el apuntalamiento del ego. Peña señala que este apuntalamiento corresponde a lo realizado mediante las técnicas contemporáneas más difundidas, que ofrecen fantasías primarias que operan como mitos colectivos que sujetan al individuo a los ideales superyoicos de la sociedad. En consecuencia, el aspecto subversivo en la postura psicoanalítica de Lacan (citado en Peña, 2000), consiste en que éste pretende desmentir la naturaleza imaginaria del mito individual; por lo tanto, la experiencia analítica apunta a un real, que en el mito neurótico es reprimido. Por lo que el procedimiento del psicoanalista, no apunta al “yo” ni al “ideal del yo”.

Finalmente, considero que el establecer analogías y diferencias entre las prácticas curativas originarias y de culturas holistas con respecto del psicoanálisis, supone una perspectiva que involucra el establecimiento de nuevos dominios cognitivos donde se relacionan aspectos culturales, biográficos y afectivos; y que a su vez, permite relativizar sobre la terapéutica contemporánea. A partir de lo anterior, es posible superar las contradicciones entre dominios no intersectantes, a diferencia de la especialización que actualmente establece parcelas que impiden el diálogo entre distintas disciplinas que abordan un fenómeno global; de acuerdo con lo señalado por Chiozza (1998), quien menciona que existen significados inconscientes en las distintas manifestaciones físicas en los cuadros patológicos, sin embargo, estos suelen ser considerados solamente como enfermedades en términos fisiológicos, por lo que no formaban parte de la investigación psicoanalítica.

A lo largo del texto se establecen diversas analogías entre la situación analítica y las prácticas curativas originarias y de culturas holistas, como la idea del “cuerpo” como un devenir a partir de una construcción que tiene su fundamento en las relaciones con el mundo. A su vez, la búsqueda de una experiencia que permita una catarsis, ya sea mediante

abreacción o mediante el desanudamiento de un “afecto arrinconado” por medio del restablecimiento de una cadena asociativa que permita al sujeto reelaborar sus experiencias.

Considero que los postulados de Chiozza (1998) con respecto de los “montantes de afecto” y las “claves de inervación” establecidas en el inconsciente como un lenguaje (Lévi-Strauss, 1995; Lacan, citado en Peña, 2000), resulta un camino explicativo para definir la manera en que el lenguaje puede transformar un estado dado. Asimismo, permite describir cómo la experiencia de la “carne”, a partir de un cuerpo fenoménico y sensible, adquiere distintas modalidades de expresión a partir del sistema de representaciones de cada cultura (Merleau-Ponty, citado en Citro, 2006).

Lo anterior nos permite destacar que, en las culturas holistas, un mismo individuo puede desempeñar distintos roles, desde políticos, mágicos, y religiosos; mientras que en la sociedad contemporánea, la superespecialización da lugar a separación de psicología y medicina, lo cual impide una visión global y limita las posibilidades terapéuticas. En relación a estos planteamientos, Hersch y González (2011) señalan que la enfermedad es multifactorial, por lo que proponen la multiplicidad de saberes frente a las necesidades epidemiológicas locales, por lo tanto, es preciso considerar la importancia de las categorías nosológicas que son relegadas por la nosotaxia contemporánea, ya que ofrecen otros modos explicativos de la enfermedad y nos permiten relativizar en torno a la construcción de la realidad diagnóstica.

Lo anterior nos permite analizar el proceso salud-enfermedad en relación con variables culturales y dilucidar la manera en que este proceso se lleva a cabo, así como sus implicaciones en la clínica. A su vez, se describe el proceso salud-enfermedad como multifactorial, destacando que estos factores pueden operar en distintos dominios cognitivos como “causas necesarias pero no suficientes de enfermedad”, y que se encuentran supeditadas al corte ontológico a la realidad que realice el observador y las distinciones en el lenguaje que éste realiza. De igual manera, estos planteamientos nos permiten analizar y relativizar la terapéutica a partir de saberes relegados por la nosología contemporánea, y establecer una relación entre diversas aproximaciones teóricas, en diferentes contextos históricos y culturales en donde se lleva a cabo una clínica que integra variables fisiológicas,

sociales, biográficas e históricas en la construcción de la realidad diagnóstica y, consecuentemente, en el tratamiento.

REFERENCIAS

- Aceves (2013) Un enfoque metodológico de las historias de vida. En G. de Garay (2013) *Cuéntame tu vida. Historia oral: historias de vida*. Instituto Mora, México.
- Avendaño, A. (2013). *Experiencias en salud intercultural: Una visión desde la Universidad Intercultural del Estado de México*. Universidad Intercultural del Estado de México. Edo. Mex.
- Battán, A. (2008). Entre inocencia y conocimiento: la experiencia de la enfermedad en G. Canguilhem y M. Merleau-Ponty. *A Parte Rei*. pp.55 enero 2008
- Canguilhem, G. (1986). *Lo Normal y lo Patológico*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Canguilhem, G. (1989). *Estudios de Historia y de Filosofía de las Ciencias*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 2009.
- Chiozza, L. (1998). *Cuerpo, Afecto y Lenguaje*. Alianza Editorial.
- Chiozza, L. (2018). *Corazón, Hígado y Cerebro: Tres Maneras de la Vida*. Libros del Zorzal. 2018.
- Citro, S. (2006). Variaciones sobre el cuerpo. Nietzsche, Merleau-Ponty y los cuerpos de la etnografía. En Matoso, Elina (comp.) *In-certidumbres del Cuerpo. Corporeidad, arte y sociedad*. Buenos Aires: Letra Viva - Facultad de Filosofía y Letras, UBA. 2006
- Devereux, G. (2003). *De la Ansiedad al Método en las Ciencias del Comportamiento*. Siglo XXI. Buenos Aires, 2003.
- Devereux, G. (1958). Cultural Thought Models in Primitive and Modern Psychiatric Theories. *Psychiatry*. 21:4, 259-347.
- Echeverría, R. (2003). *Ontología del Lenguaje*. Comunicaciones Noreste Ltda. Chile.

- Fernández Gaos, C. (2009). *Resonancias del Silencio: Sujeto, Cuerpo, Saber, Prolegómenos de un abordaje psicoanalítico del cuerpo y sus afecciones*. Círculo Psicoanalítico Mexicano. México, D.F.
- Freud, S. (1986) *Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. 14. Amorrortu. Buenos Aires.
- García, F. (2011). El mizcotón: una enfermedad carencial entre los grupos indígenas del estado de Morelos En Morayta, L., M. (2011) *Los Pueblos Nahuas de Morelos: Atlas Etnográfico*. INAH, México, D.F.
- García, M. (2011). Hacia una teoría pragmática y psicoanalítica de porqué las palabras curan. La literalidad de la palabra y la eficacia simbólica en la metáfora. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 20(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26420712005>
- Goffman, E. (2005). *Interaction Ritual*. Essays on face-to-face behavior. Transaction Publishers, New Bronswick. New Jersey.
- Hernández, J.B. (2012) Entre el bien y el mal: la medicina tradicional teenek. En Valle, J., Prieto, D., Urtilla, B. (2012) *Los Pueblos Indígenas de la Huasteca y el Semidesierto Queretano*. Atlas etnográfico. INAH, México, D.F.
- Hersch, P., González, L. (2011). *Enfermar sin permiso*. Instituto Nacional de Antropología e Historia. México, D.F.
- Laurell, A. (1981). La salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*. 1981. 2 (1).
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del Cuerpo y Modernidad*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 2002.
- Levi-Strauss, C. (1995). *Antropología Estructural*. Ediciones Paidós. Barcelona
- Laplanche, J., Pontalis, J., Lagache, D. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidos. Buenos Aires.

- López, A. (1989). *Cuerpo Humano e Ideología. Las Concepciones de los Antiguos Nahuas*. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- López, S. (2013). *La Construcción Corporal de la Salud Emocional*. Los Reyes.
- López, S. (2011). Lo Corporal y Lo Psicossomático VII. Aproximaciones y Reflexiones. CEAPAC
- Maturana, H. (2002). *La objetividad: un argumento para obligar*. Dolmen Ediciones S.A. Santiago.
- Maturana, H., Varela, F. (1994). *De Máquinas y Seres Vivos: autopoiesis, la organización de lo vivo*. Lumen, Buenos Aires, 2003.
- Maturana, H. (2006). *Desde la Biología a la Psicología*. Editorial Universitaria S.A. Santiago de Chile. 2006.
- Muller, F. (2009). El concepto de intersubjetividad en psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, LXVI, 2, 2009.
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70. Recuperado en 30 de marzo de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009&lng=es&tlng=es.
- Ocampo, T. (2016). *Función simbólica del síndrome del intestino irritable como enfermedad psicossomática: Estudio desde la perspectiva psicoanalítica*. (Tesis de Especialidad en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica) Universidad de San Buenaventura Cali. Recuperado de: http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/3425/1/Funcion_simbolica_sindrome_intestino_ocampo_2016.pdf
- Ostachuk, A. (2015). La vida como actividad normativa y autorrealización: debate en torno al concepto de normatividad biológica en Goldstein y Canguilhem. *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos*, Río de Janeiro, vol. 22. 2015

- Peña, F. (2000). Mas allá de la eficacia simbólica: del chamanismo al psicoanálisis. *Cuicuilco*, Vol. 7, núm. 18, enero-abril 2000. ENAH, México, D.F.
- Pitarch, P. (2013). *La Cara Oculta del Pliegue. Antropología Indígena*. Artes de México y el Mundo S.A. de C.V. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México, D.F.
- Quevedo, E. (1990). El proceso salud-enfermedad: hacia una epidemiología y una clínica no positivistas. Ponencia presentada en el seminario permanente “Salud y administración”. Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Postgrado en Administración en Salud, Universidad Javeriana, Bogotá. 19 de junio de 1990
- Rubel, A. J., O’Neill, C. W., Collado-Ardón, R. (1995). *Susto: Una enfermedad popular*. Fondo de Cultura Económica. México 1995.
- Siebers, T. (1985). *El Espejo de Medusa*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1985
- Vergara, M.C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la promoción de la salud*. Vol.12. enero-diciembre pp.41-50
- Williams, R. (1972). *Mitos Tepehuas*. Secretaría de Educación Pública. México 1972
- Zafiropoulos, M. (2010). *Lacan and Levi-Strauss or the Return to Freud (1951-1957)*. Karnac Books Ltd. Londres.