

Representaciones culturales del sufrimiento en la cultura popular chilena: el caso de la enfermedad del susto

Mauricio García P.²

Decir que para comprender, diagnosticar y tratar las enfermedades, sufrimientos y males humanos, es necesario considerar la cultura de los pacientes, es casi una banalidad en nuestros días. "Hay que tener en cuenta lo cultural", se dice. Pero no es tan obvio que se quiere decir con esto, ni tampoco es tan claro el cómo hacerse cargo de la cultura del otro. ¿Simplemente respetando lo que llamamos sus "creencias"? Esto en el mejor de los casos, ya que, históricamente, en América Latina lo más redundante ha sido una deslegitimación crónica de las representaciones populares por parte de los agentes de la salud: la gente creería en los brujos, en las ánimas y otros espíritus, porque desconocería las "verdaderas" causas de la enfermedad.

El sólo hecho de situarse frente a estos discursos pensando que se trata de creencias, lleva implícito una toma de posición etnocéntrica: "lo que la gente cree no es verdad, sino sería un saber y no una creencia". Los antropólogos no

han cesado de denunciar este error intelectual, el que sin embargo persiste.¹

La ventaja del concepto de representación cultural es que tiene un carácter más neutro y no prejuzga sobre el carácter de verdad o falsedad del discurso, ocupándose sólo de su estructura, su lógica y su sentido.²

El objetivo de este artículo es introducir un método de aproximación a este tipo de fenómenos, que se dé un cierto rigor en el análisis y que sea pertinente para la clínica con pacientes de sectores populares.

En la **Tabla 1**, se presenta la prevalencia de distintas enfermedades tradicionales en Chile en el año 1974. Es probable que dichas cifras hayan disminuido desde entonces, pero siguen teniendo una vigencia importante, en particular la brujería, o los « males », como es frecuente escucharlo en la clínica con pacientes de sectores populares.

He seguido un método etnográfico y clínico en la recolección del material. La razón de esta

Psicólogo, Psicoanalista (ICHPA), Ph. D. en Psicología. Director de la Escuela de Psicología Universidad Alberto Hurtado, Profesor Auxiliar Escuela de Psicología Universidad Católica de Chile.

Ver al respecto POUILLOU, Jean: « Remarques sur la

verbe 'croire' », en: POUILLOU, Jean (Ed.): *La fonction symbolique*, Gallimard, Paris, 1979.

GARCÍA, Mauricio: « Mito y Fantasía: en torno a Levi-Strauss y al Psicoanálisis », *Revista Chilena de Psicoanálisis*, n°2, 1988, pp. 55-67.

doble entrada es que no puede presuponerse que los discursos aparecerán de la misma manera en los dos dispositivos, pues en la clínica es el sujeto que trae una demanda de ayuda o de cura, mientras que en el dispositivo etnográfico es el investigador que hace una demanda de « información » o testimonio a sus informantes.

Tabla 1
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES TRADICIONALES EN CHILE

Enfermedades tradicionales	Prevalencia		Prevalencia total
	Hombres	Mujeres	
Susto	41 %	44 %	85 %
Celos	40 %	37,5 %	77,5 %
Pataletas	36,5 %	39 %	75,5 %
Pensión	32,5 %	42 %	74,5 %
Tabacazo	37 %	33,5 %	70,5 %
Espirituamiento	34 %	34 %	68 %

Fuente: Grebe, María Ester y Segura, José: "Psiquiatría Folklórica de Chile", Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. N°20, 1974, pp. 367-381.

Para desarrollar un análisis significativo, he optado por restringirme a una de estas enfermedades, la enfermedad del susto o espanto. Incluirlas a todas habría significado incurrir en el riesgo de decir generalidades sin poder profundizar en ninguna de ellas. Incluso así, he debido optar por centrar el análisis en algunos puntos que me parecen particularmente relevantes, y que se desprenden como problemas del análisis antropológico inicial. Habrá por tanto muchos aspectos del material que no son analizados.

3 Ver al respecto la revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, entre los años 1970 y 1975, donde hay muchos artículos sobre el tema y casi todos combaten el error de traducir las enfermedades tradicionales a categorías del diagnóstico psicopatológico y psiquiátrico.

alcohólicos la mayoría queda en el estadio de bebedores excesivos, pero lo importante es que para estos pacientes beber es la forma de curarse. El discurso explota aquí la ambigüedad de este significante en Chile, que por un lado significa sanarse y por otro llegar a la ebriedad. En el plano significativo se anudan salud y ebriedad, y de hecho esto es tal vez lo que subyace cuando brindamos diciendo "salud"!

Beben en el bar, y el bar popular en Chile es un espacio muy particular, siempre a media luz, organizado en mesas dispersas que funcionan como núcleos confesionales, donde se habla bajito. La manera de medir el tiempo es también particular: nadie va al bar una hora, sino que se va a tomar dos o tres botellitas de vino. Se insinúa una manera cualitativa de medir el tiempo, lo que recuerda al espacio del templo, el espacio ritual. Esto está presente también en la novela de Vargas Llosa *Conversación en la catedral*, donde después de un tiempo de lectura descubrimos que la Catedral es finalmente un bar. No puede desrollar esto ahora, pero estos pacientes intentan recrear un espacio ritual de manera que el alcohol pueda ser eficaz simbólicamente. Intentan recrear en el bar las coordenadas de los dispositivos rituales de sus subculturas de origen, ya que la gran mayoría de ellos son inmigrantes o hijos de inmigrantes de regiones rurales o semi-rurales del país.

El deseo sexual de la Fantasma es tan ardiente como el fuego que expulsa por su boca. Algunos sujetos dicen haber sido violados por ella, otros la tratan de "puta", de insaciable, de perversa, u otros calificativos que hacen referencia a una sexualidad que sobrepasa todos los límites. Los sujetos perciben un exceso en el deseo de la Fantasma, exceso que figura lo sexual como devoración.

Se habla de ella a veces con temor y reverencia, y a veces riendo en tono de broma o ironía. A veces se habla de ella con la finalidad de censurar la sexualidad de los auditores, sobre todo los hijos, y a veces se la evoca para confesar a los otros lo inconfesable según las normas sociales y religiosas.

La mirada de la Fantasma es el centro de su poder, es desde ella que este espíritu "toma" al sujeto y lo posee.

El caso de Pablo

Pablo llega desde Talca a Santiago a los 16 años buscando trabajo. Comienza como cargador, luego trabaja como recolector de uvas y finalmente, con la ayuda de un primo, es contratado en una empresa textil donde aun está: tiene 34 años cuando nos encontramos.

"Me duele todo el cuerpo, los huesos, me cuesta dormir y ando con poco ánimo: Por eso la Dra. me recomendó venir aquí". Agrega que hay momentos donde siente una angustia horrible, se paraliza, "pero no es de vez en cuando". Al pasar, menciona algunas dificultades con su ex-mujer vinculadas a la muerte de su madre hace unos años. No habla mucho, "me cuesta hablar". Y el peso de esta dificultad se hace sentir en el dispositivo.

Introduzco el dibujo, y hablamos de ellos. Dibuja una luna con unos enormes dientes. Le pregunto por qué los dientes, y dice: "Porque con la media luna los espectros aparecen". Le digo que la esa luna me hace pensar en la Fantasma. Esta riesgosa interpretación lo decide a decir algo que no había dicho ni al psiquiatra ni a mí, porque pensaba que ignorábamos las "enfermedades secretas", las "cosas antiguas": "Yo no estoy enfermo, yo tengo el susto, me tiene agarrado la Fantasma".

A partir de ese momento la situación cambia. Pablo comienza a hablar y recurre rara vez al dibujo. Mi reconocimiento del discurso cultural instala la transferencia y el comienzo a llamarme "entendido", que en jerga popular significa curandero, pero entiendo que se trata de un significativo local para señalar la posición del sujeto supuesto al saber.

Poco antes de separarse de su mujer, hace dos años, "me encontré con la Fantasma en la calle". Antes tuvo sueños con ella, pero nunca pensó que tal encuentro pudiera producirse. Describe el encuentro como una "visión fuerte".

Pese a la obscuridad "vi sus horrible dientes y esos ojos insoportables". No recuerda qué pasó después, pero está seguro que la Fantasma hizo de todo con él, incluidas las relaciones sexuales. Vuelve en sí mismo y se encuentra botado en la calle, con sus ropas rasgadas, sudando y con los ojos hinchados. Le tomó horas llegar a su casa pues se desorientó.

Su mujer no creyó su historia, increpándolo le de haberse ido de parranda. No quiso hablar con médicos por temor a ser considerado loco e internado. Habló con algunos amigos y una vieja mujer de su barrio. Todos estos interlocutores reconocieron (diagnosticaron) su estado como el susto, diciéndole que la "contra" era tomar. "Desde entonces me sostengo de la mamadera" — dice. No había querido hablar de esto por temor a ser considerado alcohólico.

Desde este encuentro, Pablo se siente desesperado, en el temor y temblor permanente: "mi vida se rompió en dos y se detuvo".

Pregunto: ¿cuándo empezaron los sueños previos al encuentro con la Fantasma? "Pocos meses después de que murió mi madre". Su esposa se opuso a que el fuera al entierro y se limitó a enviar flores y escribir una carta a la familia. Desde hace años que no visitaba a los suyos. "No debí hacer eso, no es bueno olvidar a la familia y la propia tierra". Piensa que es por este olvido que la Fantasma lo buscaba en sus sueños.

Junto con los sueños habían comenzado los dolores a los huesos, que se acentuaron después del encuentro con la Fantasma. Le dolián mucho las articulaciones y tenía dificultades en una serie de operaciones cotidianas como subir y bajar escaleras, vestirse, cargar cosas pesadas, etc. "Sentía que mi cuerpo pesaba el doble", y al decir esto recuerdo un sueño de ese período: "veo el esqueleto de mi madre en un ataúd, vestida con el vestido de novia de mi ex-mujer". Al terminar de narrar el sueño me pregunta si escuché el ruido que hicieron sus rodillas. No — le digo — pero me queda pensando qué es lo que había que escuchar. Pienso en una identificación con la madre muerta, en un duelo imposible.

horroroso, "es como si sus ojos fueran los míos" — dice. De una cierta forma, la Fantasma funcionó como otro a través del cual Pablo pudo hacer el camino del duelo, desenterrar algunas raíces y apropiarse parcialmente de su historia. En cierto sentido la Fantasma le había permitido conocerse.

Análisis antropológico de la lógica subyacente a la enfermedad del «susto» o «espanto»

El material presentado nos muestra que la «causa» de la enfermedad es el encuentro con la Fantasma, y el alcohol sería la terapéutica, aun cuando dicha estrategia no siempre sea eficaz.

Los desarrollos recientes de la antropología de la salud y de la enfermedad nos permiten deducir y construir un modelo etiológico y un modelo terapéutico subyacentes al material. Me referiré fundamentalmente a la obra de Laplantine **Antropologie de la maladie**, en que expone las categorías de base que estructuran diferentes modelos etiológicos y terapéuticos, sean o no científicos. De este modo, pone de manifiesto «las estructuras elementales» de la enfermedad y la terapéutica, con el fin de construir modelos que se encuentran a medio camino entre las lipologías y las estructuras formales operatorias de Lévi-Strauss⁴.

El interés del trabajo de Laplantine para mi objetivo es que dicho autor da como exigencia que: a) los modelos sean distintos de las normas interpretativas elaboradas por distintas culturas; b) que procedan de una ruptura epistemológica respecto de la realidad empírica, es decir, que un modelo es entendido como una construcción teórica que no substituye el discurso de los enfermos, ni el de los médicos, ya que tiene por finalidad dar cuenta de dichos discursos, poniendo en evidencia lo que ellos disimulan; c) los modelos tienen un carácter metacultural.

⁴ LAPANTINE, François: *Anthropologie de la maladie*, Payot, Paris, 1992.

Modelo etiológico de la enfermedad del susto

a) **Substancial (Ontológica)/Relacional.** La etiología de una enfermedad puede ser entendida ontológicamente o relacionadamente. La interpretación ontológica considera que la causa es «algo»: una substancia, una lesión, un espíritu, etc., una entidad patógena, cualquiera sea ésta. Por el contrario, una interpretación relacional expresa la causa en términos de alteración o ruptura de un equilibrio: del equilibrio interno, entre el humano y el cosmos, entre el humano y el entorno social, u otras variantes. De cualquier modo, en esta segunda interpretación lógica, la enfermedad es entendida en términos de un orden alterado ya sea por exceso o por falta.

En mi material, parece evidente que la Fantasma corresponde a una interpretación ontológica, pues se trata de un ser. Sin embargo la idea según la cual la Fantasma «agarraría» sola a aquel que «anda mal en su vida», da cuenta que el encuentro del maléfico ser es provocado en parte por los actos del sujeto o su estado psíquico. Desde este punto de vista, aunque de manera secundaria y menos contundente, encontramos una interpretación relacional de la etiología del «susto». Hay por lo tanto una cierta ambigüedad en este eje del modelo.

b) **Endógena/Exógena.** En este segundo eje encontramos una ambigüedad en nuestro material. La etiología del susto parece ser interpretada como algo exógeno, pues la Fantasma es un factor exterior. Sin embargo, hay elementos de discurso que dan cuenta de una endogeneidad, en el sentido que los actos o estados psíquicos del sujeto son interiores.

Esta ambigüedad, podría indicar en verdad una doble interpretación, dos niveles lógicos que se superponen, lo que implica estar atentos al pluralismo etiológico y terapéutico. A) respecto

Laplanche observa que los sistemas médicos dominantes pueden tender a anexar a otros subsistemas dominados. Habría también ciertos sistemas aparentemente inexistentes, rechazados en la periferia de lo social, o incluso reprimidos, pero que no dejan de estar presentes, sobre todo bajo la forma de fantasías que se expresan precisamente en las situaciones de crisis, cuyo prototipo sería la enfermedad.

De este modo, la interpretación ontológica y exógena, que considera a la Fantasma como la etiología de la enfermedad, podría estar enmarcando, reprimiendo, una interpretación relacional y endógena. Habrá que estar atentos a la existencia de más de una lógica en el discurso sobre el susto.

c) Aditiva/Sustractiva. Las interpretaciones aditivas piensan la enfermedad en relación a un exceso, a algo que se agrega, mientras que las sustractivas se refieren a una falta. En el dominio de la medicina científica, por ejemplo, un tumor es interpretado como un agregado. Por el contrario, una úlcera o una necrosis son más bien comprendidas como una sustracción. En términos generales, la interpretación aditiva induce una pre-comprensión positiva de la enfermedad, la cual sería una presencia y no ausencia de algo, como en la interpretación sustractiva.

Laplanche muestra que en las sociedades occidentales contemporáneas la enfermedad es fundamentalmente vivida como una presencia y no una ausencia, como algo que «está demás» y de lo cual hay que deshacerse. Expresiones corrientes como «tengo apendicitis», «tengo cólicos», «tengo reumatismo», «tengo un bajón», etc., muestran que se trata sobre todo de un agregado indeseable.

El espanto consecutivo al encuentro de la

5 ARIAS-SCHREBER, M.-P.: «Susto ou le vol de l'âme. Métaphores corporelles dans le cadre d'un désordre ethnique», en: *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 8/9, 1987, pp. 123-137.

Fantasma parece responder a una interpretación lógicamente aditiva pues, según el discurso de los actores la Fantasma «entra», «toma» o incluso «viola» la subjetividad y corporalidad de las víctimas. Tan fundamentalmente aditiva es la representación en cuestión que algunos pacientes llegan a decir que incluso muchos meses después del encuentro siguen sintiendo el olor de la Fantasma en su piel, y siguen soñando insistentemente con ella, sufriendo en una verdadera dinámica de posesión.

La Fantasma parece ser entonces ante todo un exceso indeseable del cual hay que deshacerse, lavarse por la mediación del alcohol. Sin embargo, nuevamente hay ciertos matices que, aunque secundarios, dan cuenta de una lógica sustractiva. En el discurso de mis pacientes e informantes etnográficos, la vivencia del susto se expresa de manera sustractiva. Los síntomas más frecuentes son pérdida del habla, pérdida de la capacidad de caminar, de la capacidad de trabajar, impotencia sexual, pérdida de la energía vital. En este plano más que de un exceso se trata de una pérdida. Pero podríamos decir que estos son los efectos del encuentro de la Fantasma, y ésta, como etiología es fundamentalmente aditiva. Darle lugar a la lógica sustractiva tiene sentido sobre todo por el carácter depresivo que tiene la forma de presentación habitual del susto, y también por algunos antecedentes históricos, como el que entre los Quechuas el susto era entendido como una pérdida o vuelo del alma⁵. Las mismas conclusiones se encuentran en estudios hechos entre los Aymaras de la sierra boliviana y peruana⁶. Estos antecedentes abren la pregunta de si el susto no daría cuenta de una pérdida vivida bajo la forma de la posesión. Volveremos sobre esto más adelante. Por ahora, si se es fiel al discurso de los actores sociales hay

que aceptar el hecho de que para ellos la etiología del susto es fundamentalmente algo que se agrega a la existencia.

d) Benéfica/Maléfica. La interpretación maléfica de la enfermedad, la más frecuente en Occidente, considera toda enfermedad como indeseable, nociva, como una aberración a suprimir. La enfermedad queda así situada como «figura del mal», de la anti-vida, y la salud como el estatus de valor. «En nuestra cultura -escribe Laplanche- la salud es el prototipo de todo valor, y esto desde la etimología de la palabra valor que viene de *valere*, que significa andar bien». De tal suerte, la enfermedad es entendida en esta interpretación como desviación, no sólo biológica, sino también social. El enfermo es vivido por los otros y se vive a sí mismo como un ser socialmente desvalorizado⁸.

Por el contrario, las interpretaciones en términos benéficos, consideran la enfermedad como un componente positivo de la vida, como un mensaje a ser descifrado por el bien del individuo o incluso de la comunidad. En algunas culturas, la enfermedad es el símbolo valorado de la lucha de la vida contra la muerte. Un ejemplo antropológico de esta interpretación es la manera en que las sociedades concernidas por el chamanismo interpretan la enfermedad-viaje del chamán, que hará de él un ser capaz de curar. Un ejemplo que nos es más próximo es la reivindicación que algunos autores hacen de la noción de «crisis» para interpretar la enfermedad. La enfermedad vivida como «crisis» sería uno de los medios fundamentales para construir el sentido de la existencia⁹.

8 LAPLANCHE, F.: op. cit. p. 116.

9 Aporte de la obra de Laplanche referida, ver al respecto HERLITZCH, Claudine: *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Nathan, París, 1994.

10 MAUHERBE, Jean-François: *Esquisse d'une philosophie de la maladie. Document de travail*, Séminaires de perfectionnement en éthique et philosophie de la médecine, Module n°1, Univ. Catholique de Louvain, Faculté de

Este par lógico «maléfica/benéfica» recuerda aquel de Levi-Strauss «antropología/antropemía» (*emie*, del griego *emein*: vomitar, rechazar). Este autor piensa que si el Occidente se ha interesado tanto en la antropología es porque practica lo inverso, la antropemía. Tales sociedades en vez de integrar a los enfermos o individuos temidos, intenta neutralizarlos expulsándolos fuera del campo social, asílandolos en establecimientos destinados a dicho uso¹⁰. Con Foucault diríamos que de lo que se hacen cargo las sociedades antropémicas, no es del enfermo o del alienado, sino del costo de su expulsión o reclusión¹¹.

Esta diferencia de interpretación pareciera especialmente relevante respecto a las «enfermedades nerviosas»: las sociedades del primer tipo consideran estas enfermedades como algo de lo que hay que protegerse y las víctimas serán desvalorizadas en algún grado; las segundas, por el contrario, hacen un lugar a estos enfermos, «a veces un lugar privilegiado, viendo en ellos no tanto enfermos como elegidos, personas con una vocación que los califica para ciertas funciones»¹².

La enfermedad del susto, parece estar sostenida por una interpretación maléfica. La nominación de la Fantasma como «pauto del malo» (pauto con el demonio), pone de relieve una interpretación de la enfermedad como figura del mal, como algo nocivo y perjudicial. Sin embargo, estamos obligados nuevamente a matizar, pues en el entorno familiar encontramos raramente la actitud de rechazo o de exclusión que caracteriza la interpretación maléfica de la enfermedad. Aunque tampoco encontramos una

Medicine, Janvier 1992.

11 LEVI-STRAUSS, C.: *Tristes Tropiques*, Plon, París, 1955, p. 418.

12 FOUCAULT, Michel: *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, París, 1972.

POUILLOU, J.: «Malade et Médecin: le même ou l'autre? (remarques ethnologiques)», en: *Nouvelle revue de Psychanalyse*, n°1, 1970, p. 79.

lectura nítida de esta en términos de mensaje, aunque algunos pacientes que soñaron con la Fantasma antes de encontrarla, dicen, retroactivamente, que probablemente esos sueños indicaban que la Fantasma los buscaba por alguna razón, el olvido de los suyos por ejemplo. En general el enfermo queda integrado al sistema familiar y comunitario en algunos casos, quienes legitiman de hecho el consumo de alcohol, pese a las consecuencias sociales: "no hay otra contra más fuerte dicen".

Por otra parte, si prestamos atención a la expresión "curado de espanto", vemos que sin duda esta se relaciona con la enfermedad del susto o espanto, y que se formula allí una lógica de otro orden. La expresión quiere decir que aquel que ha enfrentado experiencias duras, es capaz de enfrentar eventos difíciles que para otro serían fuente de angustia y problema. De alguna

manera esto responde a la idea de la vacunación. Lo que está enunciado es que aquel que ha pasado por el espanto y que se ha curado, deviene más fuerte, y esto responde claramente a una interpretación benéfica de la enfermedad. El espanto sería la ocasión de devenir más fuerte en el enfrentamiento de los problemas y sustos de la vida.

Estos sedimentos conservados en la lengua, dan cuenta probablemente de otra lógica para interpretar la enfermedad, más cercana a las culturas latinoamericanas pre-hispánicas, las cuales tuvieron un fuerte componente chamánico, que como señalé antes, veían en la enfermedad una oportunidad privilegiada de descubrir nuevas funciones sociales para sus miembros.

Podemos esquematizar la lógica de la etiología del susto de la manera siguiente:

LÓGICA DE LA ETIOLOGÍA DEL SUSTO

Primer nivel	Segundo nivel
Substancial: (la Fantasma es un ser)	Relacional: Es tomado por la Fantasma aquel que anda mal en su vida.
Exógena: viene de afuera; uno se la encuentra	Endógena: hay características o condiciones subjetivas que facilitan el encuentro: andar mal en su vida; adulterio.
Aditiva: posesión	Aditivo-sustractiva: dialéctica entre el exceso y la posesión y las pérdidas del habla, molaras, continuidad de la vida, etc. ("mearse de susto", "cagarse de susto")
Maléfica: La Fantasma es un espíritu maligno, "pauto del malo".	Benéfica: quien sale del susto deviene "curado de espanto"
- Lógica de adaptación a la modernización	- Lógica de resistencia a la modernización
- Lógica biomédica	- Lógica Mapuche
- Intentio Lectoris Auctoris	- Intentio Operis

Modelo terapéutico de la enfermedad del susto

a) Homeopática/Allopática. Las medicinas tradicionales o no tradicionales siempre se esfuerzan por restablecer un vínculo entre un complejo patológico determinado y un dispositivo o estrategia terapéutica. En esta búsqueda de correspondencias (administrado bajo la forma de medicamentos o bajo forma de rito, o los dos modos asociados) se impone una distinción: las correspondencias son establecidas según las afinidades y las similitudes que ligán lo patológico con lo terapéutico, o bien según oposiciones, caso en que el antagonismo operado por la terapéutica vendría a liberar de la patología.

Laplanche llama al primer modelo "homeopático", pues consiste en reactivar o apagar los síntomas por lo mismo, es decir operar sobre la crisis atravesada actuando en el mismo sentido que la enfermedad. Esto opera sobre un principio de identidad, y la lógica es que "lo semejante cura lo semejante".

El segundo modelo, lo llama "allopático", pues busca hacer desaparecer los síntomas por lo contrario a la supuesta etiología. Opera sobre un principio de alteridad respecto de la enfermedad. La nominación de los medicamentos como "anti" algo (anti-bióticos, anti-depresivos, anti-dolor, etc.), muestra cómo opera este modelo en la medicina científica, coexistiendo con el modelo homeopático, como lo podemos apreciar por ejemplo en la vacuna, donde la lógica es la prevención de la enfermedad inyectando una pequeña dosis de lo que la produce.

En tanto medio terapéutico para curarse del espanto, el alcohol es llamado "contra" en la cultura popular, lo que responde a una lógica allopática. En tanto contra, el alcohol es representado como el medio de combatir el efecto devastador de la Fantasma oponiéndose a ella. A modo de hipótesis yo diría que el alcohol se opone al mal a través de un efecto purificador, el cual ha sido registrado en muchas prácticas rituales precolombinas y actuales en Latinoamérica. Como lo dicen algunos pacien-

tes, se trataría de "lavarse de la Fantasma", o de "matarla entre trago y trago", o de encontrar "algo para lavarse el corazón".

Sin embargo, si consideramos el estatuto de espíritu conferido a la Fantasma, la lógica del procedimiento terapéutico de incorporar un fluido aparece como homeopática: se trata de utilizar un fluido para actuar sobre algo que tiene una naturaleza fluida, sin consistencia, un espíritu. La lógica operante desde este punto de vista es curar a través de lo semejante. Sería necesario un fluido para poder operar efectos en algo que no tiene la consistencia de la materialidad. Otro elemento que apunta en esta dirección es que la Fantasma es representada con una naturaleza ardiente: no sólo por su sexualidad desmedida, sino que concretamente exhalaría fuego por la boca. La utilización del aguardiente dentro de los alcoholes seleccionados por la cultura como "contras", indica que lo ardiente es tratado por lo ardiente.

b) Aditiva/Sustractiva. Análogamente al plano etiológico, Laplanche muestra que la lógica terapéutica puede ser aditiva o sustractiva. Si la causa de la enfermedad puede ser interpretada como un exceso o una falta, la terapia puede ser concebida como una sustracción, sacar lo que está demás, o como una adición, es decir, restitución o llenado de lo que falta.

El alcohol aparece como un medio terapéutico aditivo: se lo incorpora para liberarse de la posesión de la Fantasma y del espanto. Y aquí no hay matices, pues no hay nada de sustractivo en esta "alcoholoterapia". Debe admitirse que en esta enfermedad (pero no exclusiva etiológica aditiva dominante) a la lógica cuya lógica es también aditiva. Esto es paradójico si se tiene en cuenta la investigación en las terapias tradicionales. La lógica de estas prácticas, como lo nota el mismo Laplanche, se articula más bien sobre una oposición entre los planes: a etiología aditiva se le opone una terapia sustractiva y viceversa. Volvemos luego sobre este punto.

b) **Exorcístico/Adorcístico.** Un tercer nivel que permite pensar la lógica subyacente de las terapéuticas es el par "exorcístico y adorcístico". En la lógica exorcística, el terapeuta o médico es un "combatiente que entable una verdadera guerra contra la enfermedad que busca extraer y eliminar del cuerpo o del espíritu de su cliente"¹³. La terapia toma el carácter de un combate y el terapeuta el de un guerrero.

Inversamente, la lógica adorcística, implica que el terapeuta o médico deviene "el asistente o iniciador del enfermo"¹⁴, y la curación toma la forma de un acompañamiento y o de un combate.

El concepto "adorcismo" fue forjado en realidad por Luc de Heusch, y designa la opción cultural donde la enfermedad no es considerada un mal como en Occidente, sino como un bien. La enfermedad no es temida sino deseada, en vez de ser combatida es esperada, ya que se la liga a un nivel de existencia superior. A la enfermedad-maldición, este sistema opone la enfermedad-elección, que implica un llamado a domesticarla y a iniciarse a través de ella y no extraerla o suprimirla. Laplantine tiene el mérito de distinguir graduaciones en esta matriz de significaciones, que oscilan entre: a) la enfermedad como valor, a la que corresponden actitudes terapéuticas de aceptación, inducción e incluso amplificación de la enfermedad y; b) la enfermedad como sentido. Hay actitudes terapéuticas que reconocen en la enfermedad una experiencia fundamental e irreducible a la interpretación puramente negativa. Sin embargo dichas interpretaciones no van necesariamente a buscar amplificar o intensificar los síntomas.

No es obvio hablar de enfermedad en la lógica adorcística. ¿Puede hablarse de curación o terapéutica cuando el objetivo no es un regreso al estado inicial? Esta discusión me dejaría de mi propósito, pero el lector puede referirse al texto de Laplantine¹⁵.

¹³ LAPLANTINE, F., op. cit. p. 209.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ También ver: POUILLOU, J.: «Malade et Médecin: le

Muchos de mis pacientes víctimas del susto (como también aquellas víctimas de males por brujería) me decían al comienzo que no valía la pena que hablaran de lo que les ocurría pues de todos modos nada podría hacer por ellos. En otros casos el paciente nunca dirá nada, quedándose en un mutismo obstinado o en una actitud congratiativa que nos incomoda. En todos estos casos lo claro es que no somos interlocutores legítimos, no hay transferencia, no estamos situados por el paciente en la posición del "sujeto supuesto al saber" (Lacan).

En mi experiencia con pacientes de cultura popular, la condición para ser investido como agente terapéutico, fue el reconocimiento activo de mi parte de las representaciones culturales. Esto significa reconocerlas como teorías legítimas para ordenar e interpretar el sufrimiento del sujeto, y usarlas en el tratamiento como verdaderos núcleos subjetivos que permiten al paciente asociar, pensar y recrear su historia, como se aprecia en el caso de Pablo.

La pérdida vivida como posesión

Son muchos los aspectos que merecerían análisis más detallados, pero quisiera detenerme aquí en los puntos fecundos del análisis antropológico, reflexionando sobre sus insuficiencias o contradicciones. Son justamente las contradicciones de las cuales el análisis antropológico no logra dar cuenta por sí mismo, que obligan y justifican la interpretación psicoanalítica del material. El «complementarismo» del etnopsicoanálisis que propuso Devereux¹⁶ tiene justamente este sentido. Tanto en el dominio de la antropología como en el del Psicoanálisis, la investigación se ve confrontada

¹⁶ DEVEREUX, Georges: *Ethnopsychanalyse complémentaire*, Flammarion, Paris, 1985.

¹⁷ MORE, Marie-Rose: «Principes théoriques et cliniques de l'ethnopsychiatrie. Quelques données actuelles», en: *L'évolution psychiatrique*, Tome 58, n°2, 1993, pp. 243-279.

¹⁸ ARIAS-SCHREIBER, M-P.: «Susto ou vol da l'âme.

a problemas que exigen recurrir a la otra ciencia. Se trata de una exigencia de método, para resolver impases en la investigación, y no de un principio epistemológico, aun cuando el complementarismo pueda tener consecuencias en este dominio¹⁷.

El análisis antropológico nos permitió captar un problema entre la lógica etiológica y la lógica terapéutica: a una lógica fundamentalmente aditiva de la Fantasma como causa del susto se opone una «alcoholoterapia» también aditiva. Decía que esto es contradictorio con lo que arroja la investigación sobre los sistemas tradicionales de la enfermedad, donde siempre hay una relación de oposición entre la lógica etiológica y terapéutica, de tal suerte que a etiológica aditiva se opone una terapia sustractiva y viceversa.

Si en el susto la terapéutica espontánea es claramente aditiva, podemos inferir entonces que la dimensión sustractiva de la etiológica, que descriptivamente aparece como secundaria es en verdad esencial y la más importante. En este sentido la enfermedad del susto es una manera de hablar de la pérdida en términos de posesión. Allí donde el sujeto, como Pablo, insiste a hablar de un exceso, de algo que lo habita y que el quiere extraer de su subjetividad y de su cuerpo, se trata de una pérdida, de un duelo. Esto es convergente con los más antiguos discursos sobre el susto, como entre los Quechuas por ejemplo, para quienes el susto daba cuenta de una pérdida del alma, caracterizada por síntomas depresivos, tristeza, debilitamiento de las facultades psíquicas, pérdida de energía y fuerza, tendencia al aislamiento, insomnio y anorexia¹⁸. Lo mismo han concluido estudios en la población Aymara de la sierra boliviana¹⁹. En África se presenta en una forma

Métophores corporelles dans le cadre d'un desordre ethnique», en: Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie, 8/9, 1987, pp. 123-137.

¹⁹ RÖSING, Ina: *Dredelighet og orte der kraft: die weisse heilung*, Vol. II, Greno, Nördlingen, 1988. Capítulo 10, pp. 453-540.

casi opuesta, ligándose a estados de excitación y agitación intensa como consecuencia de encuentros con seres terroríficos.

Pero estos argumentos históricos, no son suficientes para entender por qué la pérdida debe ser vivida y representada como posesión. A este respecto es interesante la idea según la cual para el inconsciente es imposible representar la ausencia del objeto, y que tal ausencia sería siempre vivida e inscrita como una presencia atacante.²⁰ En este sentido la Fantasma, sería un objeto fantaseado que viene a traducir la experiencia de la pérdida, no como una ausencia, sino justamente como una presencia perseguidora, mala, y atacante.

Desde otro punto de vista, es interesante fijar la atención en el hecho que la representación en términos de posesión enmascara solo parcialmente la cuestión de la pérdida, pues los síntomas de depresivos están presentes. Lo que falta es el discurso de la pérdida. La pregunta que surge entonces es: ¿por qué el discurso del susto, y no necesariamente la experiencia de los pacientes, presenta las cosas en términos de posesión y no de pérdida? Responder esta pregunta nos permitirá entender cuál es el interés vital que tiene tal estrategia narrativa del enfermar depresivo, más allá del formalismo del análisis lógico.

Mi hipótesis es que el discurso del susto, en tanto estrategia narrativa, no está solo destinado a enmascarar, negar o desmentir la vivencia depresiva, sino que la noción de posesión opera un efecto que protege al sujeto de la melancolización y de la «renuncia simbólica»²¹ tan característica del espectro depresivo.

Se me podría objetar que esta hipótesis corresponde a las posibilidades neuróticas de elaborar la pérdida y el duelo, pero que la melancolía es una estructura distinta donde la posibilidad de elaboración a través de la palabra sería mínima, sino imposible. Dicho en breve, las

²⁰ KLEIN, Melanie: *Desarrollos en Psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1972. BION, W.K., *Elementos de Psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1966.

²¹ KRISTEVA, Julia: *Soleil Noir*, Paris, Gallimard, 1987.
²² LAMBOTTE, M. P.: *Le discours mélancolique*, Paris, Anthropos-Economica, 1993, cap. 1, pp. 17-51.

nos mostró el caso de Pablo. Pero al construir tales pérdidas en términos de posesión, el sujeto hace la experiencia de un exceso del cual desea deshacerse. Por lo tanto, esta estrategia narrativa hace surgir en el sujeto el deseo de separación, lo que probablemente facilita los duelos. Este me parece ser el núcleo subjetivo más importante del discurso que hemos analizado.

Al contar con un discurso que nombra la cosa perdida (el *Das Ding* freudiano) el sujeto cuenta con un dispositivo simbólico desde el cual su sufrimiento es enunciable, lo que le evita caer en el mutismo o el sentimiento de futilidad que caracteriza al discurso melancólico. Esto corresponde a lo que Julia Kristeva reconoce en la obra literaria de algunos escritores melancólicos: «el artista consumido por la melancolía es al mismo tiempo el más empujado en combatir la renuncia simbólica que lo envuelve»²³. Dicho combate el artista lo da escribiendo, buscando las palabras para decir lo que lo agobia en la melancolía. Del mismo modo, en el susto la construcción de la vivencia en términos de posesión no elimina la pérdida, pero impide el aniquilamiento de los vínculos significantes. Al proponer un sujeto un sistema de representaciones de su sufrimiento, que se entrama en la alteridad y en lo social, la víctima de susto preserva el lenguaje como algo capaz de asegurar la autoestimulación necesaria para iniciar algunas respuestas a su sufrimiento. Desde este punto de vista el susto es el producto de un combate, de una lucha contra el paso al vacío melancólico.

El modelo psicoanalítico de la depresión narcisista, presenta al depresivo como alguien que tiene la impresión de haber sido privado de un bien supremo inabordable, de algo que sería irrepresentable, y que tal vez solo una devoración podría figurar, pero que ninguna palabra podría significar. Lo «cosa» del melancólico, la cosa a la cual se apega, se opone a la elaboración de la pérdida y al mismo tiempo interrumpe la metonimia del deseo. La Fantasma por su lado, en tanto

representación, activa la metonimia del deseo, lanzando al sujeto a una búsqueda de otros «curados de espanto» o los que tienen «la sangre fuerte» que serán interlocutores investidos por el asustado.

Si la Fantasma puede representar en algunos casos la cosa-materna que viene a devorar al sujeto para hacer de nuevo Uno con él, el susto representa la reacción subjetiva que dice «no» a esta vertiente del goce, justamente porque instauro el deseo de separación. A través del relato, el grupo social popular, se ha dotado de una herramienta para hacer existir la cosa que se separó del Yo. Dicho de otro modo, el mito promueve la identificación, no con el objeto perdido, sino con una tercera instancia, simbólica, que es el relato mismo, del cual el sujeto habla sin cesar, con una y mil variantes.

El discurso, el relato del susto, constituye entonces una herramienta contra la renuncia simbólica. Se trata de un discurso social que presenta una eficacia simbólica, que además de significar y representar el sufrimiento de la pérdida, lo transforma. Podríamos conceptualizarlo como un «discurso performativo», donde la metáfora no es solo expresiva de un estado de cosas, sino que actúa sobre dicho estado. Haciendo existir la cosa, el relato ofrece al sujeto la oportunidad de combatirla y deshacerse de ella. Por esto, para tales pacientes, la terapia se inscribe siempre como una operación de exorcismo, aun cuando el terapeuta represente su actividad en otros términos.

La reflexión psicoanalítica contemporánea, nos presenta también la melancolía como una reacción primaria de defensa contra una catástrofe: «aquella de la desaparición del deseo en el otro, cuando este otro es el mismo que debía iniciar al sujeto a la dialéctica del deseo»²⁴. La fragilidad fundamental del modo de ser melancólico sería así el temor de perder el deseo del otro cuando este se va. El dolor melancólico no remitiría tanto a la pérdida del otro

²³ KRISTEVA, J., op. cit. p. 18.

²⁴ LAMBOTTE, M. C., op. cit. p. 10.

como tal, sino a la pérdida de su deseo, del lugar que ocupaba para ese otro. Sin este deseo, el melancólico experimenta la imposibilidad de sentirse reconocido y vivo.

Aquí también el susto produce una operación frente a esta catástrofe. Inscribiendo el sufrimiento en el espacio potencial del discurso cultural, el susto ofrece un espacio de sobrevivencia del deseo del otro aun cuando el otro se va o muere. Es en esto que radica la fuerza de las representaciones culturales: conservan el fuego aun a falta de leña. Es el valor subjetivo de lo que llamamos « tradición », que nos vuelve a ligar con lo que otros, otrora, desearon para nosotros. Desde este punto de vista, la tradición es mucho más que un conglomerado de ideas o creencias, y su pérdida algo tiene que ver probablemente con el aumento del espectro depresivo que nos inquieta crecientemente.

El silencio, la resistencia y la transferencia

Al examinar la lógica antropológica de la terapéutica, se nos planteó la cuestión de saber en qué posición nos ubican los pacientes de cultura popular al momento de encontrarlos en el contexto clínico hospitalario, pero la misma cuestión es pertinente en el consultorio u otras instituciones de la salud.

Decíamos que generalmente estos pacientes dicen poco, guardan un obstinado silencio, o adoptan una actitud congraciadora, como si todo lo que contara es lo que dirá el médico o el terapeuta y no lo que ellos piensan, o bien plantean enunciados enigmáticos del tipo: "mejor no le digo lo que me pasa, pues si lo hago eso podría traerle líos". En todas estas circunstancias me parece que no hay transferencia, que es

²⁵ Concepto de Lacan que indica que todo paciente que sufre y que es portador de un síntoma se verá confrontado a una "falta de saber", es decir, no sabe por qué le pasa lo que le pasa. Desde dicha falta de saber, tenderá a suponer que alguien sabe lo que le ocurre, y

los agentes de la institución médica. La no atribución de esta posición marca una ausencia de transferencia simbólica lo que no excluye que pueda existir una transferencia imaginaria. De hecho, es frecuente que tras el nombre "doctor" los pacientes de cultura popular ligan otros asociados a las representaciones del "padrón", o incluso *huinca* en las poblaciones con alta influencia mapuche, palabra que significa "ladrón". En términos generales, encontramos con frecuencia una imagen transferencial, que precede de muchas veces el encuentro con estos pacientes y que se liga a nuestra historia, y que hace comprensible el silencio, la desconfianza, como un esfuerzo activo para salvaguardar la propia intimidad, para no exponer las representaciones propias al rechazo o a la descalificación. Es probable, como lo han sugerido muchos antropólogos latinoamericanos, que esta transferencia tenga sus raíces históricas en la relación al conquistador, repetidas bajo diversas formas en las relaciones de clases y entre sub-culturas. Esta relación fundacional de las culturas latinoamericanas es sin duda relevante en el establecimiento de una "cultura de la resistencia", particularmente viva en las culturas populares, y que se organiza en torno al secreto.

El único modo de desanudar esta "transferencia de la historia", es hacer el primer paso en el reconocimiento de las representaciones tradicionales, lo que implica su introducción por parte del terapeuta en el diálogo con su paciente. Este gesto técnico—que no implica necesariamente la creación de la parte del terapeuta—indica que el espacio clínico está disponible para introducir dichos discursos, sin lo cual es imposible establecer una verdadera relación terapéutica con estos pacientes. Es lo que hice con Pablo introduciendo el dibujo e introduciendo la representación de la Fantasma al interpretar lo que produjo.

El etnopsicoanálisis ha llegado a las mismas conclusiones en el trabajo clínico con

²⁶ NATAHIN, T.: "L'influence qui guérit", Odile Jacob, Paris, 1994, p.130.

²⁸ BETTELHEIM, Bruno: *Psychoanalyse des contes de fées*, Robert Laffont, Paris, 1976, p.31.

Estos temas son sentidos como maravillosos por el niño, porque se siente comprendido y apreciado en lo más profundo de sus sentimientos, de sus esperanzas, sin que ello sea forzosamente analizado a la luz de una racionalidad que está aún fuera de su alcance. Los cuentos de hadas enriquecen la vida del niño y le dan una cualidad de encantamiento único porque él no sabe muy bien cómo esos cuentos han podido ejercer sobre él su fascinación.²⁹

Los cuentos de hadas, los mitos, o en términos más generales, las representaciones culturales, son materiales simbólicos que hay que acoger en los dispositivos terapéuticos, hay que «manejarlos»³⁰, sin interpretarlos, ya que su estatuto es distinto al del sintoma o al de la asociación. Dichas representaciones son verdaderos núcleos subjetivos que hacen posible al paciente pensar y asociar. El que la cultura haga posible el pensamiento no es ninguna novedad para la antropología, pero la psicoterapia no me parece haber integrado esta idea suficientemente en sus dispositivos.

Las representaciones culturales, como las que nos presenta el discurso del susto, precipitan simbolizaciones que producen efectos pragmáticos en dos niveles: a) en el espacio terapéutico las representaciones culturales aparecen como núcleos subjetivos que posibilitan el pensamiento y discurso del sujeto, alentándolo a hablar, movilizándolo así un sistema simbólico que permite inscribir el sufrimiento; b) movilizan

espontáneamente la búsqueda de dispositivos simbólicamente organizados, como lo que vemos emerger en el bar popular, verdadero intento de recreación de un espacio tiempo ritual. Y aunque la eficacia de este intento falle en sacar al sujeto del susto -cosa frecuente-, instala de todos modos al sujeto en una disposición a encontrar vías de salida en el campo de lo simbólico y de la palabra.

Mirar las cosas así dista mucho de la clásica tendencia a considerar a estos pacientes como personas con baja capacidad de *insight*, o poca motivación por el cambio psíquico debido a tendencias proyectivas masivas, conceptualizaciones que a fin de cuentas no hacen más que racionalizar los no pocos fracasos terapéuticos con pacientes de cultura popular.

Tal vez no esté demás indicar que el cuento para el niño, y el mito para estos pacientes, son ya la interpretación, pues son relatos que ya organizan y ligan el sufrimiento, lo estructuran, operando como anudamiento simbólico que permite la circulación de la palabra de estos sujetos, cuando son escuchados.

Finalmente, el secreto que envuelve estos discursos, opera como una resistencia a interpretarlo todo, a «analizarlo todo»³¹, lo que me parece constituir un imposible necesario, y no un mero efecto psicotórico de la conquista. La noción de secreto marca la condición interminable del análisis de las representaciones, ya que habrá siempre, como Freud lo indicó para el sueño, un ombligo indescifrable.

²⁹ Ibid.

³⁰ PIERRE, Danielle: «*Maniement des interprétations étiologiques traditionnelles dans la thérapie de migrants*», en: *Cahiers de Psychologie Clinique*, n° 4, 1995, pp. 109-119.

³¹ La cuestión de «analizarlo todo» fue la problemática tratada en uno de los últimos coloquios de la sociedad francesa de psicoanálisis en Deauville. René Diatkine, que propuso este tema al coloquio, sostiene que el propósito de analizarlo todo supondría que el psico-

análisis enfrenta un proceso patológico limitado que se trataría de liquidar. Pero nada prueba que las problemáticas que trata el psicoanálisis tengan este carácter limitado. Más radicalmente, este autor afirma que «analizarlo todo no tiene sentido, y que la actividad psíquica, al guardar su vertiente inconsciente, produce lo inconsciente toda la vida» («*Entréen de René Diatkine avec Marianne Persine*», en: *Revue Française de Psychanalyse*, tome 58, 1994, pp. 1153-1163).