

# UNA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA SOBRE EL SÍNTOMA EN LAS DISCIPLINAS “PSI”

José Eduardo Tappan Merino

---

*El presente artículo es parte de un capítulo de una investigación más amplia, en el que se muestra desde una perspectiva crítica, las diferentes maneras en que se entiende lo que es un síntoma, para ello se presentan diferentes posiciones: las médicas, las psiquiátricas, las antipsiquiátricas, las psicoanalíticas, las psicológicas, etc. Asimismo se presenta la necesidad que surge al analizar el síntoma de entender el contexto socio-histórico, es decir, la de tener presente de forma explícita la concepción social o cultural que subyace en una perspectiva cultural que influye, a su vez, de manera directa en las llamadas perspectivas científicas, de cómo se interpretan los fenómenos tales como la salud y la enfermedad. Se subraya la “curiosa” semejanza entre lo que es concebido como sintomático en las disciplinas llamadas científicas con lo que determinan las normas morales y las ideologías hegemónicas en un momento particular de su historia. Sin embargo, y paradójicamente esta actitud moralizante intenta legitimarse a partir de los cuerpos colegiados. Todo el universo que comprende el fenómeno: salud-enfermedad, tiene hondas raíces en las distintas concepciones de lo que es la naturaleza humana. Por ello se abre la posibilidad desde la antropología de cuestionar este aspecto fundamental de la vida del hombre.*

## AN ANTHROPOLOGICAL PERSPECTIVE ABOUT THE SYMPTOM IN THE “PSY” DISCIPLINES

*The present article is part of a chapter of a broader investigation, in which I demonstrate from a critic perspective, the different ways through which the concept of symptom is understood. Towards this end, different positions are presented: the medicals, the psychiatric, the anti-psychiatric, the psychoanalytical, the psychological, etc. Moreover, the emerging necessity of analyzing the symptom of understanding the sociohistorical context is presented, that is, of bearing in mind in an explicit way, the social and cultural conceptions that underlie in a cultural perspective that influences, in its turn, in a direct manner in the so called scientific disciplines, of how the phenomena such as the health and the sickness are interpreted. The “curious” resemblance between what is known as symptomatic in the so called scientific disciplines with what determines the moral norms and the hegemonic ideologies in a particular moment of their history. However, and paradoxically this moralizing attitude tries to legitimate itself from the scholarly bodies. All of the universe that comprehends the phenomenon: health-sickness, has deep roots in the different conceptions of what the human nature is. Therefore, a possibility is open to question this fundamental aspect of the life of men, starting from the anthropology.*

**José Eduardo Tappan Merino:** Antropólogo y psicoanalista, Docente de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

---

### **El problema de lo que significa un *síntoma***

El concepto de salud-enfermedad está enteramente relacionado con lo que pensemos que es el hombre en un determinado momento de la historia o de una cultura particular; es por ello que la salud, como la

enfermedad son conceptos que legítimamente pueden ser estudiados o abordados desde el campo de la antropología. Desde esta perspectiva entendemos que no es fácil encontrar respuestas a las preguntas que dirigen el presente artículo: ¿Qué cosa es estar bien?, ¿Cómo se imaginiza ese

malestar?, ¿Cómo se explica?

Por ejemplo: si se burlan de mis hijos por que no ven televisión ya sea porque no la tengo o por que no deseo que ellos la miren, ¿Ellos estarán bien? La discriminación de que son objeto por sus compañeritos de la escuela y los vecinos les afectará sin ninguna duda, para evitar este problema ¿Es conveniente entonces eludir este tipo de conflictos?, ¿Lo ideal es estar “conviviendo” correctamente, es decir, de manera adaptada con las normas sociales de una cultura del consumo?, ¿Eso es estar bien? Pero antes de seguir adelante es necesario interrumpir estas preguntas para regresar a ellas más tarde.

Dirijamos nuestra atención ahora al significado de las palabras que se utilizarán para hallar en ellas el origen de su cuño, generalmente perdido por el desgaste del uso. Tratar de hallar en las palabras su poder prístino, las voces originales porque una parte importante del problema al hablar de lo enfermo, lo *sinomático* o lo patológico, tiene que ver con desacuerdos semánticos.

El síntoma es lo que revela algo, en especial lo que revela una enfermedad; el *sinotoma* parece ser la manera ambigua que emplean los sufrientes para representar e intentar comprender su malestar; por ejemplo: el dolor, la inconformidad, la desazón. Los vicios o el malestar no necesariamente remiten a algo concreto. La construcción que realiza el sufriente del *sinotoma*, pudiera estar confuso o bien desarticulado para la mirada del médico, es decir: el profesional de la medicina espera que los malestares de los enfermos coincidan con los criterios que aparecen en los distintos manuales de diagnóstico; bajo este esquema se piensa que los órganos tienen voz propia, y se manifiesta universalmente de la misma manera. Pero los enfermos felices o infelizmente somos muy creativos; si yo no se que existe el estómago es muy difícil que me imagine que me duele un órgano del que desconozco su existencia. Por ello a diferencia del *signo* el *sinotoma* se presta a la interpretación individual o cultural, a la equivocación, es decir, a una falsa representación. Un conjunto de malestares en una cultura puede representar *sinotomas* muy específicos, en donde el sufriente intenta que su malestar coincida con el espacio que genera la expectativa socio-cultural sobre el significado y sentido del dolor o del malestar, por lo que en este primer acercamiento vemos que el *sinotoma* es un contenedor, un eje de coordenadas a partir del cual se incluye la expectativa individual con el imaginario social; esta perspectiva intenta dar un sentido específico

al dolor, al malestar, enmarcarlo en un contexto, es decir, crearle un marco histórico social y personal, proporcionarle un rostro, una faz para poder relacionarse con esto sin que intermedie la angustia o la ansiedad o por lo menos que esta disminuya un poco.

La palabra *sinotoma* viene de la voz griega *synmptóma* que significaría coincidencia, lo que evocaría a dos fenómenos que mantienen una relación, una articulación; en cuanto al uso de la palabra *sinotoma*, éste se emplea para relacionar trastornos o dolencias con enfermedades, lo que le confiere al *sinotoma* tres reinados haciéndolos coincidir en tiempo y espacio, en donde establece puentes y comunicaciones entre ellos: el reino del cuerpo (soma), el del alma (psique) y el tercero que es además desde donde se ejerce el gobierno es el del lenguaje.

Los *sinotomas* son reveladores, catalizadores: muestran una determinada constelación articulada de sentimientos, estados de ánimo, de aflicciones, de condiciones físicas etc. fenómenos que a partir de ser llamados *sinotomas* ubicamos como mórbidos o patológicos y que podemos diferenciar de otras patologías; éstos *sinotomas* son considerados la voz de elementos malignos o dañinos, en esos casos se trata de una enfermedad; se presume entonces que el *sinotoma* es una forma de expresión, un decir, la manera en que habla una enfermedad, en que se nos muestra, por ejemplo: la diarrea puede ser un *sinotoma* de infección, lo mismo que la fiebre o el “susto”.

El *sinotoma* alude al conjunto de *sinotomas* y *signos* que son característicos de una enfermedad. Se presume entonces que la hepatitis siempre es acompañada de un conjunto de *sinotomas*: ictericia, fiebres altas, cuerpo cortado, cambio de color en el excremento, etc., uno sólo de estos *sinotomas* no es suficiente para diagnosticar la enfermedad.

En general cuando empleamos el concepto de “*signo*” bajo los parámetros médicos, parece que aludimos al *signo* lingüístico constituido por la diada significante-significado que aparece en la Gramática estructural de Saussure, es decir, a la relación de dos elementos: lo que se nombrara y lo que es nombrado o sea entre la palabra y el objeto; se trata de una relación que se presenta de forma unívoca y por lo tanto que intenta parecer clara y sin propiciar ambigüedades o posibles interpretaciones, como no sucedería con un *sinotoma* ya que éste siempre es ambiguo requiere de traductores; con el *signo* se cree que una palabra alude directa y únicamente a un

fenómeno u objeto; así por ejemplo los *signos* vitales son siempre indicadores de vida: los latidos del corazón, la respiración, etc. nunca se presentarán en la muerte, por lo que en cualquier parte del mundo si establecemos con claridad las convenciones las personas entenderán de lo que estamos hablando; para ellos los *signos* vitales serán entendidos de la misma manera unívoca que una respiración rápida es *signo* de agitación. Desde esta perspectiva entendemos que los *signos* aparecen con ese sentido inequívoco para los médicos, es decir sólo para el ilustrado, para aquél que se encuentra dentro de un determinado código, de esta manera el médico al ver el hilo de humo en el cielo sabe que es producido por el fuego, los *sinotomas* del sufriente se transformarán bajo la interpretación del médico en *señales* claras como el humo. La magia del saber de los especialistas es llamada: diagnóstico que implica a su vez el establecer a partir de las manifestaciones de los malestares un conjunto de hipótesis sobre el origen y causa de éstos así como la manera en que debe abordarlos para que desaparezcan. El médico debe tratar de transformar (dentro del esquema teórico de la especialidad) al *sinotoma* inespecífico en un *signo*. Es claro entonces que *signos*, *sinotomas* y *sinotomas* son formas que sólo adquieren un sentido dentro del lenguaje, no se trata de hechos o cosas dadas de manera espontánea por la naturaleza, no son independientes del lenguaje, requieren de intérpretes, de lectores. Los mismos *sinotomas* fueron leídos de manera distinta por Hipócrates, Galeno, Vesalio o cualquier médico o psiquiatra contemporáneo.

### Una fenomenología del *sinotoma*

Visto lo anterior parecería inútil preguntarnos hoy en día sobre qué es el *sinotoma* para las disciplinas “psi”, supondríamos de manera casi inmediata que deberían ser espacios muy discutidos y ampliamente documentados, sin embargo cuando realizamos la pregunta desde el territorio de la antropología se nos revelan una serie de inexactitudes, de lagunas, e incluso de incorrecciones cuyo descubrimiento me gustaría compartir, por ello los trataré de guiar por el camino que siguieron mis pesquisas y pensamientos.

El *sinotoma* para las disciplinas “psi” es entendido como la forma en que se “muestra una enfermedad mental” “para la mayoría de los psiquiatras, todas las enfermedades mentales están por hipótesis, condicionadas por afecciones somáticas generales o cerebrales [...] buen número de enfermedades mentales son

sinomáticas de procesos orgánicos” (Ey 1980:598). Por lo que podríamos decir que los *sinotomas* son las expresiones manifiestas de fenómenos latentes u ocultos, en general de origen orgánico o psicológico ocasionado por traumas ocurridos en la infancia. Esta es una propuesta simple pero fundamental para entender el problema al que debemos añadir los datos empíricos con los que nos topamos cotidianamente en las diferentes clínicas “psi”; por ejemplo: si un padre de familia, que con respecto al psicoanálisis no supiera nada y se dirigiera con “profesional” el campo “psi”, y le preguntara: ¿usted podría atender a mi hijo que tiene cinco años y se orina en la cama?, él mirándolo con una clara actitud altiva y quizá prepotente, por el poder que le confiere el “conocimiento”, le dice: “por supuesto que sí, sin embargo, primero debo saber qué clase de enuresis nocturna tiene su hijo, por lo que debo valorarlo para poder diagnosticar y elegir el tratamiento adecuado, no obstante, es necesario además diferenciar si se trata de una enuresis de orden primario o secundario; es decir, si se trata de un trastorno de la conducta o fisiológico. Si la situación es conveniente podré atenderlo con mucho gusto, si encontramos una lesión orgánica yo puedo recomendarle algún neurólogo para que le realice otra serie de estudios necesarios”. Es evidente que frente a lo dicho, el padre pensará que esta con el mejor de los especialistas y su deseo será que al diagnóstico muestre que el asunto de que se orine su hijo no sea el *sinotoma* de un problema muy grave, que se trata de una “enfermedad” que pueda ser “curada” por el “profesional” “psi”; sigamos suponiendo que el niño va a sus sesiones de terapia o análisis porque lo lleva su mamá ya que fue felizmente diagnosticado como un niño enurético de primer grado; cuando el especialista pregunta al pequeño ¿sabes por qué estás aquí?, el niño responde: -sí, porque mi mamá me dijo que no debía de hacerme de la “pis” en la cama, que yo era un niño grande y que los niños grandes no se hacen “pis” en la cama-. Hasta aquí con la ficción ahora la pregunta: ¿la famosa enuresis es un *sinotoma* para quien?, no respondamos precipitadamente, si el niño es enurético es esto una molestia para el padre porque la madre lo está presionando, ya que ella piensa que él como papá debe hacer algo; es simultáneamente una molestia para la madre que no sabe si su hijo tiene o no un problema ya que al preguntar a otras madres con hijos con edades semejantes a las de su hijo, le contestaron la mayoría de ellas que sus hijos ya no se orinan en la cama, el hecho de que se orine además le obliga a limpiar y cambiar las sábanas todos los días lo cual agrega malestar al asunto.

El único que parece indiferente, al que no le preocupa y al que no le importa nada es al supuesto enfermo (el niño), quien declara que sabe que está mal porque su mamá valoró de esa manera la conducta que el mismo no veía con molestia ni desagrado y menos como un problema.

Pero el asunto no acaba aquí ya que podríamos considerar que el niño enurético puede ser un *síntoma* de un problema intrafamiliar; o bien de un problema en la relación madre hijo, es decir, no necesariamente el niño tiene un *síntoma*. Para que sea visto como tal, el *síntoma* debe expresar algo, se trata de un decir del que no sabemos, pero que muestra la existencia de una serie de motivaciones ocultas o latentes. Regresando a la ficción debemos entonces interrogar al *síntoma* y preguntarnos si el hecho de que el niño duerma en la misma cama con los padres puede o no ser un motivo para ese comportamiento “enfermo”, o es “sano” al construir una barrera de orines frente a los padres que no le dan la posibilidad de ser independiente y así los aleja con una estrategia que intente preservar su integridad de una manera poco convencional pero sumamente eficiente, los enfermos en este caso serían los padres y el hijo una expresión sintomática de ellos.

El ejemplo anterior es importante porque en general no nos preguntamos más allá de lo que consideramos evidente, nos basamos en un induccionismo ingenuo, sobre entendemos lo que es un *síntoma*, la respuesta aparece generalmente de manera inmediata sin mayor cuestionamiento, lo vemos como un asunto simple y por lo tanto al que no debemos sumar problemas: la enuresis es un *síntoma* del niño, pero ¿Será un *síntoma* del niño?, ¿De los padres?, ¿De la relación entre los padres, con el hijo?, ¿De la madre?, ¿Del padre quien confiesa al psicoterapeuta un día que pasa a recoger a su hijo: que él se hacía pipí hasta los diez años, por lo que nunca vio el asunto como un problema serio -y ya ve soy un adulto, dice el padre, y no estoy ni tantito traumatado, recoge al niño... ambos se sonríen y se marchan?

Si analizamos el manual de diagnóstico psiquiátrico conocido como DSM:-IV veremos que el *síntoma* no tiene prácticamente ninguna importancia, no dice nada, se trata de promedios estadísticos de *signos* que deben establecerse a partir de criterios taxonómicos muy claros: si encontramos delirio se trata de tal cosa, no se pregunta más, el sentido debe ser dado por el psiquiatra, el “enfermo” es simplemente un sufridor pasivo, sin ningún tipo de

responsabilidad con su malestar; suele responsabilizarse a la existencia de algún trauma constituido en la infancia, por la madre, o bien, por alguna deficiencia o lesión orgánica, como la que podría resultar de la escasa o excesiva producción de algún neurotransmisor.

La pregunta sobre el *síntoma* nos dirige además de manera directa a cuestionarnos por un lado cómo leerlo y por el otro sobre ¿Qué es una patología? Pero sobre todo si pensamos estos asuntos: viendo al *síntoma* como: lo dicho, sus posibles lecturas, sus escuchas y su relación con la enfermedad desde la antropología podemos dirigir importantes cuestionamientos al escabroso universo del psiquismo humano con lo que aparecen preguntas e ideas interesantes: ¿Existen enfermedades psíquicas?, o se emplea el término de patología en las disciplinas “psi” como sugiere Fernando Savater (1988) de una manera analógica, como parábola en donde la enfermedad psíquica no es equiparable a una pancreatitis o a un cáncer, se trata entonces de emplear el término de una forma alusiva y comparativa, como por ejemplo cuando hablamos de que vivimos en una sociedad enferma, de que tenemos una economía enferma, de que ese programa de la televisión me enferma, etc., etc. Pero existen corrientes dentro de las disciplinas y los tratamientos “psi” de características medicalizadas o sea: psiquiátricas, en sus posibles vertientes, busque éstas explicaciones y causalidades propiamente biológicas o dinámicas o bien de corte psicológico, en cualquier caso hablan con demasiada seguridad y simplicidad sobre lo que es la condición de la enfermedad mental y los *síntomas* que la anuncian. Si rastreamos los criterios que fungen como parámetros de estas posiciones vemos que en occidente tienen como ejes de lo saludable al arquetipo de la neurosis obsesiva no grave, que sustenta a su vez en criterios absolutamente ideológicos sostenidos, éstos a su vez en los ideales sociales de lo que es bueno y “exitoso” visto como: saludable y el “fracaso”, es lo malo visto como lo enfermo; se trata por lo tanto de prejuicios no asumidos abiertamente o bien que aparecen implícitamente en un conjunto de teorías medicalistas y psicologistas poco críticas. Estos criterios ideológicos que determinan y condicionan lo que es considerado enfermedad y lo que es lo *sintomático*. Estos criterios ideológicos no aparecen abiertamente o explícitamente, ese es quizá el factor en el que radica su fuerza, pero que actúan como los principales pilares en donde se sitúan los diagnósticos (determinando clara y universalmente lo patológico y todo lo que está bien, o lo que está mal) estas formulaciones

culturales son fundamentales para entender el problema de lo que es concebido como *sintomático* ¿Será este el síntoma de nuestra cultura? Las teorías auto denominadas como “científicas” en las disciplinas “psi”, analizadas a la luz de la antropología aparecen mostrando sus contenidos ideológicos y culturales, además de que estas teorías son comprendidas como maneras de entender un asunto (entre otras) y por lo tanto no podemos inferir necesariamente que tienen una verdad, son conjuntos de hipótesis, ideologías o formas de ver el mundo que requieren de instituciones, como sucede en todas las producciones culturales de la tierra; estas instituciones se constituyen alrededor de propuestas culturales o de teorías que facilitan la manera de transmitir su punto de vista y lo hacen en ambientes educativos o bien en su dimensión clínica ya sea legitimando su práctica y su quehacer o legalizando sus perspectivas como a sus mismos profesionales.

Se presenta así una taxonomía de lo sintomático y lo patológico “con la perentoria eternidad de las tablas de la ley, pero es seguro que no hubiera sido idéntico en otras épocas y que hoy mismo tampoco será interpretado idénticamente en toda circunstancia cultural” (Savater 1988:275).

### Lo patológico y el síntoma en las disciplinas “psi”

Frente al problema expuesto se tejen diferentes “modelos” explicativos, existen “quienes afirman que la enfermedad mental es auténtica literalmente una enfermedad, aunque naturalmente con sus características propias. Algo en el cuerpo del paciente no funciona como es correcto y esta disfunción es la que provoca la alteración psíquica” (Savater 1988:277).

Esta propuesta descansa en la idea de que de la misma manera en que el hígado segrega bilis, el cerebro genera pensamientos de manera espontánea y natural; por lo tanto los pensamientos “malos”, “insanos” o “enfermos” son efecto necesariamente de un problema orgánico, relativo al inadecuado funcionamiento cerebral, por lo que si deseamos resolver los problemas o enfermedades mentales debemos actuar directamente sobre la base orgánica.

Nos sorprendemos aún más porque donde intentábamos obtener consenso sobre lo que es un *síntoma*, lo que es patológico, lo que encontramos es disenso. No hay acuerdos conclusivos entre las diferentes escuelas y disciplinas encargadas de los asuntos mentales

y psíquicos, se generan tantas posiciones frente a este asunto como corrientes y escuelas son.

“Se esta dando una gran proliferación a nivel nacional e internacional, de diversos tipos de terapias (Karasu reporta más de 400 variedades de psicoterapias a la fecha) de manera no controlada y poco seria, que capitalizan el desconocimiento y confusión de la población en general en cuanto a temas de salud mental” (Escandón 1999:324). Sin embargo, este gran número de “disciplinas” “psi” pueden ser agrupadas en alrededor de seis o siete familias que podrían interesarnos para el presente artículo.

La primera familia sería la anteriormente expuesta que trataría de la patología explicada por problemas de orden orgánico que se traduce en desórdenes mentales y psíquicos, que a su vez para determinar que es un *síntoma* de esta filiación debemos tener muy claro lo que son las formas biológicamente sanas y su comportamiento, contrastándolas con las manifestaciones enfermas para poder determinar correctamente lo que es una alteridad al “orden” y saber lo que es “propiamente” un *síntoma*; esto implica tener “claramente establecidas” las cadenas de causalidades, entre un comportamiento y sus correspondientes alteraciones o disfunciones orgánicas. El problema en esta posición es el simplismo en que se sustenta al considerar que el pensamiento y lo mental son efecto del cerebro; como si lo psíquico o lo mental fueran resultado espontáneo de las funciones cerebrales. La perspectiva antropológica nos permite entender que este tipo de modelos explicativos “falaces” tienen un acrítico atractivo, para quienes conciben a la ciencia y a las instituciones de occidente como una fuente de verdad, a la manera de las religiones.

La ceguera que tenemos sobre estos aspectos culturales, se debe a que por ser propios, no hemos podido construir la distancia subjetiva, como para entender que la nuestra, como todas las otras sociedades, piensan que sus modelos de ver las cosas y sus instituciones (en este caso de salud) son las legítimas, las correctas, las que reúnen las condiciones y los parámetros que deben ser tomados como correctos, adecuados, la muestra a seguir.

Otra perspectiva con un amplio consenso es la siguiente: el segundo grupo de teorías sobre el *síntoma* es el que lo toma como índice de inadaptación, el malestar es efecto de la desadecuación, así lo que debe promoverse son

fórmulas adaptativas ya sea orientadas hacia él mismo de la persona sufriente o dirigidas por él a su entorno. Se trata de una clínica dirigida al “yo”, en donde se piensa por ejemplo en el fenómeno del caboclo o de la identidad étnica negativa, que el aborigen que reniega de los valores de su cultura o de su fenotipo racial tiene un síntoma de desadaptación, este es el problema, independientemente de que la sociedad mayor, comparta la perspectiva, es decir, que piense lo mismo aunque de manera no abierta. El *síntoma* es entendido en este tipo de enfoques como el coeficiente de malestar del individuo frente al fenómeno adaptativo; el *síntoma* es entonces: egodistónico o egosintónico; es posible que sea disminuido o incluso puede desaparecer en proporción directa con el grado de éxito en las estrategias de carácter adaptativo. Esta es una posición inspirada en el Darwinismo, la etología y la biología; las formas de trabajar con estos “trastornos” son las terapias reeducativas. En las escuelas norteamericanas encabezada por Hartmann y sus discípulos, quienes proponían la idea de transformar el psicoanálisis en una psicología general, en donde la adaptación, los procesos de maduración biológicos tenían un lugar importante en el desarrollo psíquico, entendiendo al desarrollo como una evolución natural y gradualista, promoviendo el bien-estar.

La tercera familia a la que pertenecen las disciplinas “psi”, en general considera que el *síntoma* es un asunto de personalidad y que ésta se adquiere porque el individuo queda fijado en un periodo o momento determinado del desarrollo evolutivo psicosexual, lo que se propone es que se tratara de un evento traumático que al aparecer en un determinado periodo (oral, anal o fático, o en alguno de sus subperiodos pasivo, activo, sádico, etc.) del desarrollo, que es concebido a su vez como un efecto madurativo “normal”, todos los niños transitan por esta senda de manera unilineal y universal, lo que implica la posibilidad de que un niño sea sano si no existen factores graves que interfieren en su historia infantil. De esta manera una persona “enferma” se encuentra determinada por *síntomas* “claros” efecto de problemas de personalidad. Los *síntomas* pueden ser por ejemplo: el ahorro excesivo, la limpieza exagerada, el orden sobrado, posposición de las decisiones, el estreñimiento, etc. son *síntomas* obsesivos; es decir, el *síntoma* es todo aquello que es considerado malo, excesivo, exagerado, sobrado, o bien lo que es faltó, carente, poco o disminuido; contrastado con la noción que del ser humano “normal” que tiene el terapeuta y la

sociedad. La crítica a esta propuesta sería la misma que realiza el famoso antropólogo inglés Leslie White a las ideas evolucionistas unilineales de la sociedad.

El cuarto grupo que da un sentido particular a los *síntomas* lo hace a partir de la matriz sociocultural influida por el periodo de la historia en que se establece, por ejemplo ser amanerado era el *síntoma* de: (1) una corrupción en el alma como era visto en la Inglaterra el siglo pasado que encerró a Oscar Wilde, por ser considerada la homosexualidad una corrupción una sodomía, o (2) una enfermedad como estuvieron de acuerdo los psiquiatras en general y los norteamericanos en particular; establecida como patología en el Manual de la Sociedad Psiquiátrica Norteamericana hasta que la presión de las organizaciones homosexuales obligaron a los psiquiatras a reconsiderar este asunto y en una votación que hoy es histórica, sin argumentación, y por un solo voto de diferencia se aceptó que la homosexualidad es una tercera forma de sexualidad<sup>1</sup>. Una conducta es vista como un *síntoma* por una sociedad cuando un individuo profesa “una adhesión a valores y metas demasiado desviados con relación a los que dominan la cultura de un momento dado. (El mito de la enfermedad mental). Este último era sin duda el caso del marques de Sade cuando, desde el manicomio de Charenton, responde a la carta en la que su mujer lamentaba la desgracia en que se veía por su forma de pensar: “No ha sido mi forma de pensar lo que me ha hecho desdichado, sino la forma de pensar de los demás” (Savater 1988:276); efectivamente si viviera hoy en día el marques de Sade probablemente tendría una sexshop en la ciudad de Rotterdam y no habría quien lo calificara de enfermo sino de extravagante.

Esta es la misma situación con la que algunos gobiernos intentan aprovechar el mito de “la enfermedad mental”, bajo el cual pueden calificar determinados comportamientos como si fueran enfermos, las críticas son *síntomas* de inadaptación, lo que les permite diagnosticar de enfermos a sus disidentes, argumentando que están alineados porque no se dan cuenta de que lo que ofrece el gobierno es lo mejor, por lo tanto es un enfermo quien no reconozca la suprema verdad y bienestar establecido como ideología de Estado; esto además es frecuente en algunas instituciones incluso psicoanalíticas.

La quinta familia en la que podemos agrupar

<sup>1</sup>Lo que es importante de subrayar es que son los criterios políticos, es decir, las presiones de las organizaciones homosexuales, las que hicieron que La Sociedad Psiquiátrica Norteamericana por medio de una votación y no de una investigación científica, cambiara lo que se suponía era una sólida y académica posición.

alrededor de una determinada mirada al *síntoma* que me recuerda a la política de algunas islas del pacífico sur en donde lo que se acepta de entrada es que la igualdad no existe, todos somos diferentes y por lo tanto no podemos generalizar al hablar de *síntomas*. Quizá se trate de cumplir el ideal postmoderno del derecho y la promoción de la diferencia, bajo este punto de vista el *síntoma* es por lo tanto algo particular, algo que debe ser leído de individuo en individuo y que en el caso de encontrar dos *síntomas* iguales muy probablemente expresen cosas diferentes, en esta dirección lo problemático, lo difícil de sobrellevar, el malestar debe ser interrogado de persona en persona, de cultura en cultura. La estandarización de criterios lejos de ayudar entorpecen el proceso de cognición del malestar; esta manera de mirar nos recuerda el relativismo cultural de sello boasiano cuya ingenuidad ha sido examinada y discutida por infinidad de teóricos entre los que quizá el más destacado sea Lowie, al señalar que las diferentes culturas comparten elementos que pueden ser felizmente comparados o contrastados; existe algo de lo humano de carácter universal y que va más allá de las características o modas geográficas, históricas o culturales.

El sexto grupo en que podemos encontrar una forma de explicar el *síntoma* en las disciplinas “psi” es la que lo trata (al *síntoma*) por decirlo de alguna manera como la condición básica para la existencia humana, bajo esta propuesta el *síntoma* no es más que la manifestación del phatos esencial, esa sería una condición necesariamente humana que se logra como efecto de la desgarradora separación de la naturaleza; en este sentido se piensa que el ser humano es un producto. Por lo que entendemos que no es un efecto espontáneo de la naturaleza, el inconsciente necesariamente es una condición anómala frente a la supuesta armonía del reino de la naturaleza. Esa anomalía se expresa sintomatológicamente siempre como una forma dolorosa de existir. Se expresa de dos maneras la lectura que podríamos establecer de esta propuesta del *síntoma*: a) por un lado, de forma general donde sería visto como condición para la existencia humana, existiendo propiamente tres posibilidades de ser humano: neuróticamente, perversamente, psicóticamente; o bien la esquizoparanoide por un lado y la depresiva por otro estas formas serían posiciones estructurales

como propondrían los teóricos del psicoanálisis francés e inglés respectivamente (Lacan y Klein) que determinan nuestra forma de concebir el mundo y de actuar en él. Por otro lado: b) el *síntoma* particular, es decir, el de cada persona, que sería como la forma privada de habitar el mundo determinado por cada una de las estructuras o posiciones psíquicas. Podríamos poner como ejemplo el idioma como si se tratara de la estructura y a la variante dialectal como si se tratara de las formas privadas y personales; estructuralmente hablamos español (es decir estructuralmente estamos constituidos por una patología) pero existen diferentes variantes dialectales del español, como el de Madrid, que es diferente al de la ciudad de Buenos Aires y éstos al de la Ciudad de México, etc. (que si bien estamos estructurados a partir de un phatos éste condiciona nuestras diferentes formas de expresión) bajo esta propuesta entonces sería el phatos<sup>2</sup> una condición ontológica y por lo tanto no obedece a condiciones históricas o socioculturales sino estructurales, es decir, de todos los seres humanos, de todos los hablantes, lo patológico es universal (visto como condición de la existencia humana), sin embargo la forma en que se manifiesta esta patología es a partir de condiciones particulares, en el ejemplo anterior serían los diferentes dialectos. Esta propuesta muestra el milagro de la condición humana, que es compartida por diferentes filósofos y psicoanalistas; se trata de un punto de vista como ya hemos señalado de carácter transhistórico y transcultural.

### Sobre las teorías y formas de pensar el *síntoma*

La relatividad sobre lo que expresa un *síntoma* me pareció de lo más claro hace ya más de quince años en Chiapas, en la región de Los Altos donde vivía en ese entonces, una mañana salí en compañía de unos campesinos tzotziles, uno de ellos tenía los ojos francamente irritados y llamé la atención sobre el asunto preguntando si no le ardían, la respuesta de todos fue la estrepitosa carcajada, estaban sorprendidos de las minucias que me llamaban la atención, para ellos eso era normal, en general arden los ojos y eso es bueno porque nos recordamos -decían- que tenemos ojos y que miramos; para este grupo la irritación y el color rojo de los ojos no eran el *síntoma* de nada, no expresaba nada más que la cotidianidad del trabajo del campo entre tolveneras. También

<sup>2</sup>Phatos que etimológicamente remite a la pasión, a vivir de una manera que permita integrar, los sentimientos con los pensamientos “razón y pasión”; de esta manera queda claro que la intelectualización como forma de vida es una defensa frente a lo que se siente. La vida afectada por el phatos nos conduce a recordar para dejar de rememorar; que nuestra historia pase nuevamente por el corazón (re-cordiz) y no simplemente por la memoria recordare (re-memorar) haciéndonos del sentimiento olvidado; como diría la música de bolero recibir los dictados del corazón.

sucedió lo opuesto en esa misma comunidad, salía con un iloletic (Chaman) al campo para identificar una serie de plantas medicinales cuando mi falta de destreza al brincar una zanja hizo que cayera dentro de ella, tardé unos segundos en reponerme del golpazo y logré salir después de dos o tres intentos, mi acompañante estaba muy preocupado porque tenía ya un gran moretón que se veía iría creciendo a lo largo de la mañana, me dijo tenemos que curarlo, debemos regresar en este momento, yo quería aliviar su aflicción diciendo que se trataba simplemente de un moretón, y es que ese es el problema - decía él- tienes la sangre molida y eso es muy malo, debemos atenderte inmediatamente, por lo que regresamos y fui dolorosamente atendido de algo que para mí no representaba problema alguno. ¿Qué es un *síntoma*? Debe ser respondida esta pregunta si primero nos dirigimos a otra pregunta implícita: ¿Para quién?, con lo que lo mismo para todas las personas, siempre estará implicado un aspecto referencial, individual y social; siempre está añadida una perspectiva persona, una historia, una geneología, las expectativas que tiene de sí mismo, etc., todo este complejo universo es presentado de diferentes maneras ya sea explícita o implícitamente en la construcción misma del *síntoma*.

Dirijámonos en dirección de interrogar al *síntoma*. Roger Bartra (1997, 1998), no deja de sorprenderme, en un trabajo sobre melancolía, nos muestra que la melancolía ha tomado diferentes ropajes a lo largo de la historia, no siempre fue vivida o considerada como una enfermedad, además de que ha cambiado a lo largo de los tiempos lo que se consideraba propiamente como melancolía, lo mismo que los que son considerados sus *síntomas* derivados, formas de expresarse o sentimientos, actitudes, etc. "(...) la tradición aristotélica que arranca del problema XXX, 1 establecía una relación entre la melancolía y la lascivia, pues igual que el vino, la bilis negra incita al amor, razón por la cual la mayor parte de los melancólicos están obsesionados por el sexo" (Bartra 1997:13). Las explicaciones que se crean desde las diferentes culturas o teorías sobre lo que causa los *síntomas* o las patologías es perfecta, sin dudas, sin problemas, son propuestas completamente circulares. Además, sabemos que han existido periodos de la historia donde la melancolía ha sido considerada una característica normal; estos puntos de vista sobre un mismo asunto conduce a preguntarnos sobre la naturaleza y límites del campo de lo que podría ser una enfermedad y por lo tanto de las formas en que esta es vivida o producida, o bien las maneras en que se expresa

lo que nos conduce a las distintas construcciones *sintomáticas*. Por ejemplo en una comunidad rural de México si un niño llora mucho, la comunidad dirá que es posible que "le echaran el ojo", el llorar del niño es un *síntoma* claro de esa afección para la comunidad; lo que nos conduce a ver que el *síntoma* es una corroboración de la expectativas sociales de igual manera que una expresión de la enfermedad; se trata de una comprobación de la corrección y lo adecuado (bajo la perspectiva "etic") de las taxonomías culturales o de las disciplinas "psi"; es decir, se hace *como si*, se comprobaran; realmente se hace corresponder la vivencia del malestar con las expectativas e idealizaciones culturales o científicas. Dicho sea de paso, una manera sumamente cómoda de trabajar y de la que se han servido algunas teorías dentro del psicoanálisis, lo empírico como una manera de corroborar la perspectiva teórica: se trata de comprobar que lo que se piensa que se sabe es correcto, más que la de explicar propiamente hablando un fenómeno dentro del campo preconcebido como de lo patológico. El *síntoma* se adapta a circunstancias de carácter sociocultural, a las preguntas que puede hacerse el doliente, a la forma en que imaginariza su enfermedad, a las preguntas que realiza el curador y a la manera en que concibe su cuerpo, su alma, su mente, sus relaciones familiares, sociales etc. En el siglo V, San Agustín veía a los afectos como movimientos del alma y a las pasiones como movimientos perturbadores del alma y por lo tanto contrarios a la naturaleza. Por lo que podemos entender que la pasión está concebida como un *síntoma* en nuestra época. Lo que nos lleva a incluir un tercer concepto en nuestro análisis: el concepto de salud, es evidente entonces, que todo aquello que atenté contra lo que se concibe socialmente como un estado "saludable" de "normalidad" será visto como peligroso, anormal y patológico. Para una sociedad inspirada en valores profundamente estoicos y conservadores el amar a una persona será visto como un *síntoma* de una posesión demoniaca, como una enfermedad, como algo anómalo, fuera de la "verdadera" naturaleza humana; un *síntoma* desde esta perspectiva será calificado y determinado por cada sociedad considerando siempre como opuesto a lo benéfico, a lo bueno, a lo moral.

"El ejemplo de Pedro Hispano, gran médico portugués del siglo XIII, es sintomático en sus *Cuestiones sobre Viaticum* establece que el amor es una enfermedad del cerebro, no de los testículos, que afecta la facultad estimativa, y cita a Avicena, quien decía que la mejor cura consiste en acostarse con el amado" (Bartra 1997:14).

La cita anterior nos llevaría a compartir la ilusión de pensar que si bien esas son ideas arcaicas para concebir al *síntoma* y a la enfermedad hoy tenemos mejores explicaciones y métodos para estudiarla, sin embargo, ¿No pensaban eso mismo los médicos que citamos?, ¿Qué pensarán los médicos del mañana de nuestras "objetivas" maneras de establecer los *síntomas* y cuadros gnoseológicos? Recordemos que realmente hace muy poco tiempo que la homosexualidad estaba etiquetada como una enfermedad mental, y que hoy nos reiríamos del médico que considerara como enfermo a un homosexual; a partir de lo que serían *síntomas* claros para el psiquiatra de esa "enfermedad" amaneramiento y conductas "poco juiciosas".

Como podemos ver, la pregunta sobre qué es un *síntoma* nos lleva a reflexionar y preguntarnos sobre lo que es salud, qué es enfermedad; implica también cuestionar los criterios sobre los que se establecen las comparaciones vistas como: semejanzas y las distinciones entre un fenómeno y su correspondiente, así por ejemplo entre el coito y el embarazo no todas las sociedades han establecido una relación, las mujeres en algunas islas del Océano Pacífico piensan que se embarazan porque son habitadas por un espíritu de los antepasados familiares, el sexo sólo es una manera de pasarla bien; es decir, para determinar lo que es un *síntoma*, es necesario considerar sobre todo el orden cultural, social e histórico y además las formas legales que establecen las instituciones y profesionales que son efecto de las mismas condiciones socioculturales; pero sobre todo las relaciones que establecemos entre los distintos fenómenos, las causalidades inmanentes en nuestras construcciones de lo que es *sintomático*.

La salud, como ya hemos señalado, es un asunto que remite a otros fenómenos que a su vez nos conduce a las preguntas claves de la antropología filosófica: ¿Qué es ser un hombre?, de lo que se desprende: ¿Un hombre nace o se hace? Las diferentes escuelas "psi" de manera abierta o encubierta se posicionan frente a estos asuntos: ¿Existe algo que sea independientemente del contexto sociocultural?, o ¿Los contextos, las circunstancias sociales e históricas son indispensables?, ¿Se requiere de la segunda matriz, es decir la del orden simbólico?, ¿Qué es lo filogenético en el hombre?, etc., y generan respuestas a las preguntas que de ello se derivan: por ejemplo la teoría kleiniana propone la existencia de un yo arcaico filogenético, que se irá desarrollando necesitando de la incorporación de los "objetos", que no son otra cosa que la introyección del orden simbólico; éstos límites

serían lo que ordena y clasifica ese caos que sería el mundo "exterior" e "interior"; no es más que el eje de coordenadas que da sentido y significación al orden "interno", es decir, a las representaciones del mundo interior y exterior que conllevan su internalización. Las escuelas freudianas, lacanianas y hartmanianas proponen que no existe un componente filogenético que constituya un yo, por lo que el hombre no nace, se hace, es necesaria la emergencia de un acto psíquico fundacional, al que se llama "estadio del espejo". Sin embargo, esto parece ser muy contundente para algunos autores como Abraham y Mahller quienes proponen una especie de camino madurativo por el que debe transitar todos los hombres en su desarrollo psicosexual, es decir, hay algo del orden de la evolución o de la maduración biológica en su propuesta; mientras que con Nietzsche y Lacan diríamos no sólo que el hombre se hace sino que en este efecto de hacerse se desnaturaliza, centrado en su *phatos*, con ello la patología es condición necesaria para la existencia de una persona y por lo tanto, "lo normal" estadísticamente hablando es que una persona sea patológica y presente multitud de malestares como condición de su existencia, el psicoanálisis trataría de producir una especie de recorte sobre ese indefinido malestar para transformarlo en *síntoma*.

Esta propuesta invita a perderle miedo al malestar; ha reconocer en la indiferencia o en el confort, unos mudos pero corrosivos fenómenos de destrucción de la condición humana (¿Se trata de síntomas?). El *phatos* no sobrevive en la medianía, en la mediocridad, en el establecimiento de la cotidianidad, se opone a este fácil-doliente e incómodo permanecer en el mundo. En la construcción del *síntoma* entonces contorneamos nuestra inconformidad, delimitamos las fronteras de nuestra responsabilidad frente a lo que nos hace padecer y actuamos; se trata de no permanecer en una actitud pasiva frente al malestar pero tampoco ha huir de el, sin menoscabo de las consecuencias.

En un ensayo de Arnoldo Kraus aparecido en el periódico La Jornada, en su sección cultura, nos presenta una colección de ideas sumamente interesantes: "Salud es un completo estado de bienestar [...] y no sólo la ausencia de enfermedad. Tal balance implica demasiada equidad y un camino yermo de sorpresas o dolores. Lo completo enfada pues conlleva ausencia de movimiento y ahuyenta la sorpresa - virtud, esta última, casi sepultada por la modernidad. Hay que recordar que los equilibrios perfectos esterilizan e inmunizan. Ensordecen al individuo, erradican la autocrítica y asfixian ideas y voces.

Lo mismo puede decirse de la salud perfecta. Si nada duele, si no hay flaquezas y si la enfermedad no llama a la cura, la monotonía y el olvido se apoderan del ser. No hay idea del cuerpo y a veces ni siquiera de la existencia. No hay tampoco conciencia que alerte si no se conocen las cicatrices y preguntas que emanan del mal” (Kraus 1998:3).

Efectivamente bajo esta perspectiva: lo patológico y el sufrimiento son consubstanciales y cimientos del hombre mismo, no podemos pensar al hombre de manera aislada, al menos que deseemos proponer una ficción idealizada, un maniquí estereotipado en el que el hombre solo ve reflejados sus ideales, no “su naturaleza”; se trata de huir del dolor objetivo que intenta promover una sociedad sostenida en el consumo suntuario de satisfactores, de bienes cuya función es producir confort, que permita enmascarar el dolor, de hecho, la medicina alopática sería un buen ejemplo de la alineación de la persona frente a los deseos e ideales de la sociedad al intentar enajenarlo del dolor, proponernos que la enfermedad no es nuestra, que no nos pertenece y que por lo tanto no somos responsables, que el dolor y la enfermedad no nos es útil de ninguna manera y que debemos emplear todos los medios analgésicos, anestésico y enajenantes que nos proporciona la sociedad, la medicina y algunas de las “psicoterapias light’s” para ofrecernos una huida; el precio es alto pues nos deshumanizamos nos perdemos a nosotros mismos al no enfrentar la “enfermedad” y el “dolor”. La revolución psicoanalítica freudiana impactó de manera brutal sobre la filosofía en general y la de corte humanista en particular, al señalar que el inconsciente es el centro y característica de lo humano, no la conciencia y menos la razón, con esta manera de mirar al hombre sin intermediar los ideales, apareció ante nuestros ojos que no querían ver, un ser necesariamente imperfecto que desea hacer cosas que no puede llevar a la práctica, que no es razonable, por lo que ni la razón, ni la racionalidad, ni la conciencia de un problema son los que nos permiten cambiarlo o llegar a solucionarlo, que la racionalidad no es entonces propiamente la protagonista de nuestro destino, donde advertimos el espíritu de la pintura flamenca recordando siempre nuestra condición mortal, con un cráneo anamórficamente pintado con ese propósito. Sólo sabiendo que moriremos tiene un sentido la existencia, sólo sabiendo que la enfermedad y el dolor nos son propios desearemos vivir intensamente. El confort, el consumismo, el huir del dolor pueden ser vistos así también como *síntomas* de la destrucción del alma. “La salud total suele alejar la reflexión. En cambio los padecimientos, con frecuencia,

invitan a repasar los rincones olvidados del alma y del cuerpo. (...) las penas del alma son las venas naturales que conectan las avenidas internas con las del universo” (Kraus 1998:3).

La enfermedad y el dolor, son entonces algo de lo que no debemos huir, se trata de una verdad, tampoco intentamos hacer una alegoría del sufrimiento humano; podemos tomar la enseñanza que conllevan, hacer un acuse de recibo, para no eternizarnos en el sufrimiento de la enfermedad y deshacernos de ella lo antes posible. Beber el veneno necesario para crecer en el alma. La corrupción en el alma genera una actitud que nos permite entender la frase de: “me muero porque no me muero”.

El *síntoma* es entonces un índice, una representación con sentido específico, dado por el concepto que tenemos de bienestar o malestar; de lo que es un hombre dentro de patrones establecidos por la cultura, la historia, la ciencia y la sociedad.

#### El *síntoma* psicoanálisis y antropología

El seguimiento y análisis desde la antropología de las diferentes maneras de entender lo que es un *síntoma* nos conduce a la crítica de manera constante y sistemática de los lugares comunes que por lo general, se trata de puntos ciegos para las disciplinas “psi” por su actitud etnocéntrica, que carece del cuestionamiento de los distintos puntos de vista, es decir, no revisan explícitamente los criterios asumidos culturalmente, no critican los axiomas o los prejuicios de los que se parte, tratando de identificar además del nuestro los otros puntos de vista, ya que en general, toda perspectiva es reflejo de condiciones socioculturales e ideológicas de las cuales generalmente somos ignorantes y se cuelan en nuestros juicios, puntos de vista y determinan por lo tanto “asintomáticamente” lo que es un *síntoma*, así como el abordaje metodológico.

Podemos entender que el *síntoma* remite necesariamente a parámetros de referencia que podríamos agrupar en dos grandes grupos: el primero de carácter sincrónico y el segundo de carácter diacrónico. Comencemos por este el primer grupo, se trata del dolor que surge de la falta de ser que es condición de la existencia humana, por lo tanto de pertenecer y ser sujetados al lenguaje. Quiero decir con esto, que necesariamente se presenta el malestar como condición: es el sentido diacrónico tendría que ver con el habla, con la enunciación, con la manera en que establecemos vínculos con

nuestras producciones imaginarias, es decir con nuestras fantasías, ideales, expectativas etc.

De tal manera que un ataque que nosotros llamaríamos epiléptico y viviríamos como espectadores y como protagonistas con terror, en algunas de las comunidades es vivido de una manera festiva y/o mística por el individuo sujeto al ataque y por la comunidad, ya que éste es entendido como si se tratara de un trance, que implica una comunicación directa con los dioses, asunto venerado y respetado no sólo no se teme a la promoción de este tipo de alteraciones de la conciencia, sino que se promueven; un mismo suceso puede ser considerado *síntoma* en una cultura y no serlo en otra.

Existen estudios que muestran cómo los pacientes tienden por lo general a ajustar sus “dolencias” a las expectativas del médico o de la institución, de hecho hoy existe la denominación de “psiquiatización” del *síntoma* que se trata cuando el paciente comienza a mimetizarse con la institución psiquiátrica, transformando su complejo mundo sintomatológico a cuadros precisos que el médico puede entender. No se trata de un fenómeno difícil de comprender cuando sabemos que el *síntoma* es un decir que es un hacer, un intento de expresión de algo que por lo general desconocemos y que no podemos expresar de otra manera; pero que puede ser expresado de otras maneras, eso es algo de lo que se aprende en el psicoanálisis.

Freud se ocupa en su artículo sobre las Afasias, de señalar: que una misma lesión en una idéntica área del cerebro no presenta necesariamente los mismos tipos de respuestas, con muchos elementos comunes, pero con muchas diferencias, ¿No son estas diferencias, marcas individuales, que nos permiten vivir y expresar problemas idénticos de manera distinta porque se trata de personas distintas? Esto mostraría que el *síntoma* no es un mero reflejo automático ocasionado por desórdenes o lesiones orgánicas, y que por lo tanto aún en estos casos se abre la posibilidad de establecer un trabajo psicoanalítico de la forma en que es vivido o habitado el problema del que mostramos *síntomas*. El *síntoma* es entonces una manera en que establecemos un diálogo “plástico” con el malestar, con el cuerpo, con la enfermedad, con la expectativa que tenemos y se tiene culturalmente.

La ciencia médica nos ha corroborado lo influyentes que son los estados emocionales en el sistema inmunológico, así como en otros sistemas como el digestivo, el cardiovascular, el respiratorio, el nervioso etc. que nos dan un

criterio fundamental para entender cómo es posible asociar en algunos casos depresiones seguidas de cuadros gripales, o pensar que fuertes dolores en el estómago son *síntomas* de una perforación a la que llamamos úlcera y que esta es a su vez el *síntoma* de “estrés”, y el estrés es *síntoma* de la difícil condición socioeconómica por la que atraviesa el individuo; y que la actitud tensionante con la que enfrenta el problema económico es *síntoma* de una neurosis, que es *síntoma*... que es *síntoma*... y así sucesivamente.

En esta dirección Savater (1988) de quien he de confesar ya no soy un lector sino más bien arrendador, muestra de una manera clara lo complejo de este asunto. “Por decirlo de otro modo, la enfermedad *stricto sensu* es algo que uno tiene, pero la llamada enfermedad mental siempre se refiere a actitudes o formas de obrar que se adoptan... o que no pueden adoptarse. (...) En las enfermedades corrientes, es el paciente el que pide ayuda mientras que en las dolencias psíquicas suelen ser los demás los que establecen taxativamente que la necesita lo quiera o no (...) En una palabra, la sociabilidad del comportamiento y la productividad parecen ser mucho más influyentes en el diagnóstico de los enfermos mentales que en los otros” (Savater 1988:276).

¿De qué se trata entonces? Simplemente de subrayar la relatividad de lo que significa lo patológico y la hipocresía de la cultura que presenta como lo dice Schopenhauer: “Cada desgracia particular parece, es cierto, una excepción, pero la desgracia general es la regla”. Con lo que la enfermedad mental y por lo tanto, en la construcción del *síntoma* intervienen un conjunto de hipocresías y fenómenos de distinto calibre referentes a lo que podría ser la auto percepción de lo que es la dirección del proyecto humano. El *síntoma* no es un continente cerrado, un efecto claro de una patología establecida por criterios objetivos. Sabemos que estos criterios se encuentran, por lo general establecidos por la historia, la cultura, la ciencia y la sociedad, que a su vez determinan las diferentes propuestas sobre lo que es la antropología filosófica, sobre lo que es la pregunta sobre el hombre y sobre lo que es su naturaleza. La cultura es la que propone un eje de coordenadas precisas en donde se representa lo que es regularidad y normalidad y por lo tanto enfermedad, todo esto a su vez marca la manera en que construimos teorías para conocer y la manera en que interrogamos lo humano, en donde clasificamos a lo distinto, a lo diferente, al dolor, a la extravagancia, lo patológico, etc., etc. Convirtiendo a la clínica,

en la mayoría de los casos, en una forma de limar las diferencias de los otros porque nos lastiman a nosotros.

Para finalizar no quisiera que quedara una idea equivocada de lo que es el significado del malestar en la sociedad y la cultura; ya que podría parecer que se esconde una crítica al proyecto civilizatorio occidental, no es ese el problema, lo que se ha querido mostrar es la cosustancialidad del malestar del hombre y sus producciones ya sea la cultura o la ciencia, entendida esta como una producción sociocultural; por lo que cualquier propuesta aún en el territorio de las disciplinas "psi" esta necesariamente e implícitamente determinada por un conjunto muy grande de factores que le dan amarras, aún a las propuestas transhistóricas y transculturales; algunas de las cuales pueden ser rastreadas por una disciplina como la antropología.

#### Referencias Citadas

Bartra, R.

1997 Melancolía y cristianismo en el Siglo de Oro. *Vuelta* No. 250.

1998 *El siglo de la melancolía. Textos españoles y novohispanos sobre las enfermedades del alma*. Editorial Universidad Iberoamericana, México, D.F.

Escandón, R.

1995 Psicoterapia psicoanalítica integrativa ecléctica. *Ciencia ergo sum* Vol. 2, No. 3.

Ey, H.

1980 *Tratado de psiquiatría*. 8va Edición. Editorial Masson, México, D.F.

Kraus, A.

1998 Enfermedad y creatividad. En *La Jornada Semanal*, 15 de Marzo de 1998, p. 3.

Savater, F.

1988 *Ética como amor propio*. Editorial Mondadori, Madrid.