

ESTUDIOS DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA

VOLUMEN XII

*

Editores

Carlos Serrano Sánchez
Patricia Olga Hernández Espinoza
Francisco Ortiz Pedraza



CONACULTA • INAH



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA
ASOCIACIÓN MEXICANA DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA
MÉXICO 2005

Comité editorial

Marco Antonio Cardoso Gómez
Patricia Olga Hernández Espinoza
María Teresa Jaén
Sergio López Alonso
Francisco Ortiz Pedraza
Carlos Serrano Sánchez
Luis Alberto Vargas Guadarrama
José Luis Vera Cortés

Diseño de portada: Ada Ligia Torres Maldonado
Realización de portada: Nohemí Sánchez Sandoval

Todos los artículos fueron dictaminados

Primera edición: 2005

© 2005, Instituto de Investigaciones Antropológicas
Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.

© 2005, Instituto Nacional de Antropología e Historia
Córdoba 45, Col. Roma, 06700, México, D.F.
sub_fomento.cncpbs@inah.gob.mx

© 2005, Asociación Mexicana de Antropología Biológica

ISSN 1405-5066

D.R. Derechos reservados conforme a la ley
Impreso y hecho en México
Printed in Mexico

LAS EXPERIENCIAS LÍMITE Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD

David Francisco Ayala Murguía
Anabella Barragán Solís*

*Facultad de Psicología, UNAM y Escuela Nacional de Antropología e Historia
Escuela Nacional de Antropología e Historia

*La piel humana separa al mundo en dos espacios;
el lado del color y el lado del dolor.
Paul Valéry*

RESUMEN

Existe una relación compleja entre las experiencias límite irresolubles y la presencia de determinados padecimientos; en este trabajo partimos del supuesto teórico de que en el cuerpo se realizan significaciones que se enlazan con las experiencias traumáticas irresolubles; es en el cuerpo donde se expresa la respuesta subjetivada de la encrucijada existencial. Para demostrar lo anterior hemos desarrollado una investigación cualitativa a partir de la información obtenida de la selección de cinco pacientes con el diagnóstico clínico de neuralgia posherpética, a quienes se aplicó una serie de entrevistas en profundidad, en la Clínica del Dolor del Hospital General de México. El análisis de los resultados nos permite corroborar la pertinencia de los marcos explicativos transdisciplinarios de la antropología interpretativa y las teorías psicoanalíticas Freud-Lacanianas en el campo de estudio del cuerpo como espacio experiencial.

PALABRAS CLAVE: experiencias límite, sufrimiento, experiencias traumáticas, dolor crónico.

ABSTRACT

There exists a complex relationship between irresolute limit experiences and the appearance of determined sufferings. In this essay we have tried theoretically to acknowledge that the traumatic irresolute experiences express themselves through different signs in the body. The body then, expresses the subjective answers to the existential crossroads.

In order to be able to analyze the above mentioned we developed a qualitative survey through profound interviews made to four different patients suffering post-herpes neuralgia in the Pain clinique of the General Hospital of Mexico.

The analysis of our results coincides with the pertinence of working with the explanations used by the Interpretative Anthropological Theories as well as the Psychoanalytic ones made out by Freud and Lacan with regards to the study of the body as an experimental site.

KEY WORDS: limit experiences; suffering; traumatic experiences, cronic pain.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la interrelación de los procesos biológicos y los ambientes físico y social en el contexto del cuerpo humano ha sido una tarea asumida por la antropología física; ya en 1953 Ada D'Aloja (en Dickinson y Murguía 1982) proponía que los estudios antropofísicos debían abarcar tanto aspectos físicos como morfológicos, fisiológicos y psicológicos humanos. Por su parte, Dickinson y Murguía en los años 80 subrayan que ningún proceso, ya sea "social" o "biológico", puede ser aprehendido unilateralmente, que lo genético, lo fisiológico, morfoestructural y psíquico se encuentran determinados a través de una serie de mediaciones de carácter histórico que se van a materializar en la corporeidad humana.

Es a partir de lo anterior que en este trabajo nos permitimos incursionar en la subjetividad psíquica, aclarando que con ello no pretendemos explicar los hechos sociales a partir de causas psíquicas, sino explorar la articulación de lo social y lo psíquico en la corporalidad humana en su relación con la enfermedad a partir del discurso psicoanalítico.

LOS PUNTOS DE PARTIDA

En el presente artículo uno de los conceptos clave es el de *experiencia límite*,¹ relacionado con la forma en que el psicoanálisis entiende el cuerpo, y es precisamente por la naturaleza del problema que nos ocupa que hemos elegido como núcleo explicativo dos ejes: el freudiano y el lacaniano, desde cuyas perspectivas el cuerpo es visto como un espacio con el que se nace; pero para el sujeto sólo aparecerá por etapas, en las cuales la intervención del otro es fundamental. Tres son las etapas de desarrollo: el *autoerotismo*, el *narcisismo* y la *elección de un objeto externo*. Y tres los registros en los que el cuerpo se inscribe: *real, simbólico e imaginario*. Estas etapas y registros se entrelazan durante el desarrollo del sujeto en la asunción de su cuerpo. De tal manera que un cuerpo así formado es susceptible de ser afectado por determinadas experiencias, ¿cuáles?, aquellas que ponen en tensión suficiente el *collage* apuntado; experiencias externas e internas que modifican tanto la distribución libidinal como la imagen y el lugar del sujeto en el mundo; por ejemplo, la pérdida de algo valioso para él, un ser querido, el empleo, la juventud, el cambio de estado civil, la amputación de un miembro del cuerpo o un accidente.

El artículo consta de dos partes, la primera es el resultado de una serie de entrevistas minuciosas a cinco sujetos, seleccionados de un total de doce pacientes atendidos de manera subsecuente en la Clínica del Dolor del Hospital General de México, entre 1995 y 1999; todos ellos padecen dolor crónico debido a la secuela de la infección del virus del herpes zoster, denominada neuralgia posherpética, padecimiento que se caracteriza por la presencia de dolor recurrente en zonas corporales determinadas por el curso de un trayecto nervioso afectado por la infección viral; dolor que, según los pacientes, se desencadena principalmente a partir de factores emocionales o esfuerzos físicos importantes.

¹ Experiencia límite, la entendemos como aquel momento vivido, que al suceder colapsa la capacidad simbolizante del sujeto, altera su subjetividad y pone en acción otros registros, otras vías para responder, aun cuando éstas dejen secuelas perjudiciales en el sujeto.

GRUPO DE ESTUDIO

Características del señor Vera

Padece la neuralgia posherpética desde hace seis años, le afectó la parte media de la cara, ojo, nariz y boca. Pertenece a una zona rural indígena en el estado de Veracruz, es hablante de totonaco y español, y tiene 49 años de edad. Su esposa lo abandonó poco después de la aparición de la enfermedad. La vida del Sr. Vera es la crónica del despojo materializado:

Me quitaron parcela, solar, la siembra, y me hago corajes, luego me robaron, entraron a la casa. Estoy nada más sufriendo, los corajes son grandes. Me arrebataron también la siembra, el radio. Ya me hicieron muchas cosas la gente, también me quitaron mi caballito.

A pesar de vivir con su madre y ser padre de cuatro hijos, dice vivir solo, sin poder hablar de su enfermedad con nadie. Trabaja mucho pero la gente se aprovecha de él; es consciente de que donde vive no lo quieren, pero ha tomado la decisión de quedarse ahí.

El dolor que la enfermedad le produce es terrible, no lo deja descansar; en ocasiones no duerme: “Me duele más cuando me enoja”. No sabe qué hacer, todo lo que intenta no alivia la enfermedad, a veces no lo deja ni trabajar; todo ello lo pone muy triste.

Características del señor Dionisio

Cuando es entrevistado tiene 68 años de edad. Vive en la ciudad de México desde que tenía 22 años, misma edad en la que se casó; es viudo desde hace nueve meses y ocho días, su mujer murió de cirrosis y por un derrame cerebral; él padece el herpes desde hace un año, sin embargo se va recuperando: “He mejorado como en un 80%”. Padece también de una memoria “de elefante”, no olvida nada y de todo da fecha precisa con meses y días, no importa si el dato solicitado es actual o si fue hace más de 20 años. Como el señor Vera, tiene el herpes en la cara, limitado al ojo izquierdo.

La pérdida de su esposa y su herpes no son los únicos padecimientos de Dionisio, el 13 de septiembre de 1961 tuvo un accidente automot-

vilístico en el que estuvo a punto de perder la vida, se luxó la mandíbula y anduvo enyesado por tres meses; según su creencia, por ello es diabético; está también operado de la próstata y de la vesícula.

Características de la señora Pilar

Tiene 49 años y es originaria de Miahuatlán, Puebla, no procreó y vive con un hermano, un sobrino de 27 años que crió desde pequeño y con su segundo intento de pareja desde hace siete años. La primera pareja la tuvo a los 27; cuando terminó la relación, hace unos ocho años, se deprimió mucho; por ese tiempo hubo, al menos su relato así lo consigna, dos acontecimientos simultáneos, un asalto y la infidelidad de su compañero anterior. El asalto fue violento, los amenazaron con metralleta, incluso con amagos de violación; desde entonces se sintió perseguida, cuidándose siempre; en ocasiones se apoyaba sobre la pared porque sentía que “se iba”, le dolía la cabeza, ese dolor no desaparecía: “Ya no dormía, ni comía, desesperada, se me iba en puro llorar, hasta que un día de repente los dedos se me fue de lado (*sic*) y los enderecé, me costó trabajo y sentí que la sangre me dejó de circular y me quedé con un zumbido, nomás ya estaba tirada”.

Tal racimo de síntomas la llevaron a solicitar consulta en un hospital psiquiátrico. Además de su herpes, que padece desde hace un mes, tiene agorafobia, esto es, miedo a salir a la calle y a los espacios abiertos; además se marea al atravesarla.

La aparición de su herpes la narra así: “El primer día me dolían como los riñones, la pierna, el dolor me llegaba hasta la espalda, como la espina, como los pulmones, de atrás y adelante, hasta la ingle, hasta la vagina la sentía entumida. La otra pierna no. La vagina primero de un lado, y ahora me da comezón toda así, la vagina”.

Características de la señora Odette

Por el tiempo en que se realizaron las entrevistas, la paciente tenía 30 años; está casada, vive con su esposo y tiene una estrecha relación con sus padres y hermanos; supone que el origen del herpes fue un susto, producto de un robo a mano armada, realizado por: “Unos niños que traían metralleta, me asusté, pero el miedo me entró poco a poco, por-

que soy muy nerviosa, muy preocupada, con el asalto se me interrumpió la menstruación, pero cuando le dije al médico que me había asustado, ni me peló”. Por el tiempo del robo estaba muy angustiada, ¿razones? La carencia ubicua del dinero, tenía gripe, el carro se había descompuesto, el vidrio de éste se les rompió y su padre estaba en el hospital.

Una de sus hermanas la define como una persona que “de todo se preocupa, se altera demasiado, le da mucha atención a cosas que yo no se las doy, se espanta”. Odette afirma que se la pasa preocupada por sus clases, cuando las imparte se pone muy nerviosa, la tensan siempre, efecto similar tiene sobre ella la carencia monetaria: “Me voy a volver loca, no tengo, sólo me alcanza para comer tortas, me deprimó”.

El herpes afectó el tórax del lado derecho, le duele más cuando se pone nerviosa; es consciente de que generalmente está tensa. Antes del herpes había tenido una alergia, continuamente sufría la presión arterial baja, estaba hipersensible.

Características de la señora Dalia

Tiene 65 años y seis con el padecimiento del herpes, localizado en el tórax del lado derecho. Nació en Michoacán, es la sexta de nueve hermanos. Llegó al D.F. con toda su familia cuando tenía 17 años. Viuda desde hace 18, tuvo también nueve hijos. Vive con dos de sus hijas, sus plantas y una gata: “Me sirve de compañía”; platica poco de lo que le pasa con los terrestres, es a Dios a quien todo le confía.

Los dolores más grandes de su vida son el herpes y lo que le ha pasado a sus hijos; con los dolores de los hijos “se queda uno hasta temblando, sudando”; también sufre “Cuando siento tristeza de mis hijos, cuando siento mucha tristeza resuello fuerte, porque sufren mis hijos, uno sufre el dolor de ellos”. Su esposo murió “de eso, de que tomaba mucho”.

El herpes le aparece en una época en que trabajaba demasiado, estaba muy cansada, lavaba de más, hacía bastante quehacer, porque atendía a tres de sus hijos. En las noches el mal le aqueja con más fuerza.

Al preguntarle por el origen de la enfermedad, dice: “Fueron las penas, sufría mucho, estaba enferma de dolor, he querido mucho a mis criaturas y como faltó el papá no llegaban temprano y ya andan por acá, por allá, y me preocupaba mucho”. Entonces, cuando el herpes surgió,

tenía muchos problemas con sus hijos; aparecida la enfermedad, ya no pudo atenderlos igual: “Me sentía mal, no podía contener el sentimiento, y lloraba, tanto daño que me hacía llorar, me dolía más, cuando un coraje, un corajito o una sorpresa me ataca aquí” (señala la zona del herpes).

PARTE EXPLICATIVA

Tres de los informantes seleccionados padecen de diabetes, que en el momento de la entrevista, según datos de su historia clínica, tenían controlada con la administración de medicamentos; una de las mujeres está sometida a una constante tensión emocional (estrés) y todos manifiestan claras señales de depresión.

Ante tales características del grupo de estudio decidimos organizar la parte explicativa tratando de dar una respuesta a las preguntas: ¿qué es entonces el estrés?, ¿qué es el cuerpo en psicoanálisis?, y ¿cómo se concibe la enfermedad psicósomática? Y finalmente, ¿por qué las experiencias límite enferman al cuerpo?

¿QUÉ ES EL ESTRÉS?

El estrés psicológico se define como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman 1986: 43). Por su parte, Selye (1983, en Davidoff 1984), desde una perspectiva física, propone el síndrome general de adaptación² (SGA), que consta de tres etapas: *reacción de alarma*, *resistencia* y *agotamiento*.

² Etapa 1: *Reacción de alarma*. Durante esta etapa el sistema nervioso simpático y las glándulas suprarrenales ponen en movimiento las fuerzas defensivas del cuerpo. Si se prolonga la tensión, el cuerpo entra a la siguiente etapa.

Etapa 2: *Resistencia*. Mientras el individuo lucha contra un determinado tensor, su cuerpo parece altamente activado. Los sistemas encargados del crecimiento y defensa contra las infecciones, no trabajan de manera adecuada bajo estas condiciones. Por consiguiente, el organismo se sitúa en un estado de debilidad y se hace vulnerable a otro tipo de tensiones, incluyendo la enfermedad. Si el antiguo tensor continúa

Volviendo a Lazarus y Folkman (1986), los principales factores de la génesis del estrés son el conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga. Con respecto al conflicto, comentan que una demanda social puede causar estrés si su satisfacción viola algún valor fuertemente incorporado y enraizado en el individuo. El conflicto puede aparecer también cuando, para satisfacer las demandas de un rol determinado, se resienten los requerimientos de otro rol que se tiene que desempeñar. Por ejemplo, el caso de Dionisio o de Dalia, quienes ya por su edad no pueden hacer lo que antes hacían y ahora él está supeditado a lo que su hijo hace, y la otra ya no puede ubicarse dentro de lo que para ella es el rol materno.

Por tanto, las demandas sociales pueden resultar estresantes cuando sus requerimientos sobrecargan los recursos del individuo (Odette). En cuanto a este punto se ha estudiado sobre todo lo familiar; así, por ejemplo, Croog (1979, en Lazarus y Folkman 1986) identifica seis áreas de investigación del estrés: formas y estructuras de la familia, familias rotas, conflictos de valores entre miembros de la familia (es el caso de Odette), cambios relacionados con el ciclo de vida (es el caso de Dionisio, Dalia y Pilar), conflictos por el papel desempeñados dentro de la familia y modelos destructivos de interacción. Desde la revisión de Croog en 1970 hay más interés por los efectos del divorcio y de los malos tratos tanto en los hijos (Hetherington y Cox 1978; Wallerstein 1977; Wallerstein y Kelly 1980, en Lazarus y Folkman 1986), como en la esposa y el marido.

Por el lado bio-psico-fisiológico del problema queda establecido con claridad lo que les sucede a los pacientes con neuralgia posherpética: la situación estresante ha sido continuada, según el caso, hasta llevarlos a una experiencia límite, que por su permanencia pasa a implicar otros sistemas, como el psicológico y el corporal. No obstante, surge una pregunta: ¿nos enfermamos en virtud de un estrés exterior

(como es el caso del Sr. Vera y de Dalia) o si surgen otros diferentes, el organismo entra entonces en una tercera etapa.

Etapa 3: *Agotamiento*. El cuerpo no puede mantener su resistencia de manera indefinida, poco a poco va dando señales de agotamiento (como en el caso de Odette). Una vez que el sistema nervioso simpático agota sus reservas de energía, el sistema parasimpático toma las riendas. La tensión prolongada induce a problemas psicológicos (como en el caso de todos los seleccionados) y/o una enfermedad física, incluso la muerte (Davidoff 1984).

al sujeto?, o se trata más bien de la forma en que el estrés repercute en la subjetividad, y ahí se mezcla con intereses ambivalentes, con deseos, intenciones y pensamientos prohibidos, que no logramos dominar y que no atinamos a saber qué hacer con ellos.

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA?

De acuerdo con la clasificación del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), a las enfermedades psicosomáticas se les conoce como Trastornos Somatomorfos (de Flores, Masana, Toro y Treserra 1995):

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (por ejemplo trastorno de angustia).

Los síntomas deben incluir malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes en la actividad del individuo (p. 457).

Se considera que un síntoma somático es clínicamente significativo si requiere tratamiento médico o causa un deterioro evidente en la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes en la vida de las personas. La exploración física no detecta nada significativo que explique los síntomas que manifiestan los individuos con trastorno de somatización. Estos enfermos pueden ser diagnosticados en el orden de los trastornos funcionales (como el síndrome del intestino irritable). Sin embargo, en virtud de que en estos síndromes no existen signos objetivos o hallazgos de pruebas de laboratorio específicas, los síntomas hacen pensar en el diagnóstico de trastorno de somatización (*idem*).

EL CUERPO Y EL PSICOANÁLISIS

En el campo del psicoanálisis han existido aproximaciones varias, algunas de ellas pecan de generales, o bien de especulativas; así por ejemplo, autores anglosajones como Alexander y Dumbar, Weiss y English relacionan el origen de la enfermedad psicosomática con la inhibición de la agresión, la cual exige la vida social (Delay 1961: 15).

El primero de los citados llegó a afirmar que el ulceroso es un hiperactivo ávido de responsabilidades, el hipertenso un individuo de apariencia calma que inhibe su agresividad, el asmático un sujeto en el cual el desarrollo afectivo está ahogado desde la infancia por una rigurosa dependencia con la madre (*op. cit.* 37).

Más recientemente, otra autora opina sobre el particular de la siguiente forma:

El trastorno psicossomático proviene de un dolor padecido en ocasión de un sufrimiento íntimo: sufrimiento debido a una relación decepcionante con un ser elegido, que se traduce en una herida imaginaria, con retorno a una imagen del cuerpo arcaica y a la época de la relación del sujeto con otra persona que no es aquella de que ahora se trata. El trastorno psicossomático actual es la repetición, a veces amplificada, de una disfunción pasada, real o imaginaria, del cuerpo propio del paciente. Cuerpo que pasa a ser el sustituto de un compañero contemporáneo de un duro trance asociado al trance de hoy, un compañero que el sujeto cree que lo comprendería, que no lo dejaría solo con su sufrimiento y con su herida actual (Dolto 1986: 279).

¿QUÉ ES EL CUERPO EN Y PARA EL PSICOANÁLISIS?

El psicoanálisis ve al cuerpo no desligado de la mente o de lo anímico, son en todo caso dos registros, dos lugares donde lo que sucede al sujeto se expresa de formas diferentes. A fin de dar cuenta de esta complejidad ha ido aproximándose a ella desde diferentes ángulos y combinaciones; el primero es lo que Freud elaboró como teoría del desarrollo, a partir del objeto (éste puede ser la madre, pero es en realidad el objeto en el que se satisface la pulsión); pasa por tres estadios: el autoerotismo, el narcisismo y la elección de objeto. Estos tres momentos dan cuenta de la forma en que el futuro sujeto se va haciendo de un cuerpo y de como lo va subjetivando.

¿QUÉ ES EL AUTOEROTISMO?

Esta etapa es la primera estación en la subjetivación; se inicia con la lactancia y se caracteriza porque en ella el niño requiere para todo al

otro, lo alimenta, lo cuida, lo asea, lo toca; es el responsable de que viva o muera, todo lo que hace por el naciente sujeto va acompañado de un complejo afectivo-experiencial-histórico-genealógico-ideológico-social; es decir, la madre alimenta al bebé y al hacerlo lo mimó, lo acaricia; pero en la acción incluye sus frustraciones, sus expectativas, que cumple o incumple el bebé; su satisfacción o insatisfacción con el padre, los permisos y prohibiciones que sobre su propio cuerpo pesan y recaen sobre el bebé; toda esta gama lo incluye, y está presente cuando la madre asiste al pequeño.

Freud (1905) supone que en este periodo de lactancia se inicia además la erotización del pequeño; aquí conviene ir despacio: el niño primero succiona el pecho materno, al poco tiempo pasa a chuparse el dedo; en tal evento o pasaje Freud ve el nacimiento de la pulsión sexual. Acompañando al bebé desde su nacimiento están las pulsiones de autoconservación, mismas que llevan al niño a alimentarse y prenderse del pecho materno; sobre éstas nacen las pulsiones sexuales, apuntalándose o apoyándose en ellas (ejemplo paradigmático de ello: el chupeteo). El niño fue, en un primer tiempo, alimentado y después, en un segundo tiempo, al chuparse el dedo *evoca* el placer, imágenes y formas con las que la madre acompañó la experiencia de la lactancia. Del pulgar pasará a otra parte del cuerpo y luego a otra y a otra más, de manera sucesiva y así hasta que todo el cuerpo, toda la piel y todo órgano interno sea libidinizado; a cada una de estas zonas que se van privilegiando para la satisfacción y para el intercambio de cuidados con el otro y que responden a la estimulación inicial (como la boca a la alimentación o, por desplazamiento, como el pulgar del bebé o luego cualquier otro sitio del cuerpo) les llamamos zonas erógenas. A partir de ellas nacen las pulsiones sexuales, independizándose de las de autoconservación. Por la multiplicidad de sitios desde donde pueden surgir, y por encontrarse únicamente bajo el dominio de la zona erógena que les da origen, y por satisfacerse en el punto que las ve nacer, se les denomina pulsiones parciales (Freud 1905).

De esta forma acudimos al primer esbozo de lo que es el cuerpo y la subjetivación del mismo para el psicoanálisis; se trata de un cuerpo *no unificado* en el que solamente resaltan de manera intensa ciertas partes, porciones, pero otras están opacas, poseen menor intensidad o hay que mantenerlas en la penumbra porque si sobresalen causan conflicto.

En el caso de la enfermedad elegida para este trabajo, el hecho de que se localice en la piel marca que estamos ante un problema típico de la sintomatología que responde a la etapa descrita, un problema de erotismo.

Es conveniente aclarar algunos puntos sobre el uso del concepto erotismo; al decir erotismo debemos pensar no únicamente en una sensación grata; la incluye, sí, pero puede ser también cualquier tipo de estimulación sobre la superficie externa o bien en las partes internas del cuerpo; por tanto, es erótico recibir golpes, como también lo es recibir caricias; es erótico el sufrimiento en el masoquismo como el dolor de los herpéticos, o el placer del arte o de la aprehensión del conocimiento. Pacientes como el Sr. Vera o Pilar están en este periodo, por eso lo difícil de su recuperación y lo pobre de su lazo social. En pacientes con esta ubicación libidinal la cura del herpes resulta muy difícil. El dolor constituye parte fundamental de su arreglo libidinal y de sus limitados intereses.

EL NARCISISMO

Esta etapa difiere de la anterior básicamente en que el sujeto no está organizado en partes inconexas, ahora se trata de una imagen global, una totalidad, una *gestalt*, posee una representación, una imagen de un cuerpo unificado.

Este periodo coincide con lo que Lacan denomina el registro del imaginario; en él dominan los procesos duales (madre-hijo) y lo que se conoce como el narcisismo, es decir, el sujeto posee una unidad corporal, pero aún no la posibilidad del intercambio con el o los cuerpos de los otros. Esta etapa ante los embates de la experiencia límite se muestra como un subrayado de la estima, de las cualidades o virtudes propias, o las que encierra el cuerpo propio; no está sometida a la opinión de los demás, basta con que el sujeto lo piense, o con que lo afirme el sostén de su narcisismo, por ejemplo la madre o un incondicional.

En 1914, Freud plantea lo que sucede con la ausencia, partida o muerte de un objeto o persona amada; cuando parte, la libido puesta en ella regresa a dos lugares diferentes, mismos que dependen de la psicopatología del sufriente; si el que pierde es un neurótico, la libido retornará a la fantasía, el objeto perdido en el exterior es así reubicado, ya no está afuera, sino en los recuerdos y en la fantasía del sujeto, ahí

lo depura, lo ama, lo odia, riñe, le pide perdón, lo visita, le hace el amor, etcétera.

Freud descubre que en toda pérdida el yo y por tanto el cuerpo sufren cambios interesantes y determinantes; cuando el objeto amado desaparece, algo de él viene a ocupar, vía la identificación, el yo del sujeto, y además el yo sufre cambios. Cuando el objeto se va, el yo se desequilibra, y con ello el cuerpo, en tanto responsable de la unificación y sede del erotismo e imagen que representa al sujeto.

¿Cómo sucede lo anotado? Al sujeto en la pérdida le sobreviene un síntoma llamado introversión: el mundo que hasta ayer le interesaba de alguna forma va poco a poco perdiendo interés; éste se ha trasladado a los recuerdos y fantasías que tienen que ver con el objeto ausente, es dentro de tal situación que el yo sufrirá cambios.

ELECCIÓN DE OBJETO EN EL MUNDO EXTERNO

En este estadio el sujeto ya no se encuentra constreñido a los límites de su propio cuerpo, ahora puede relacionarse con el otro y hacer intercambios con aquél, acorde con su edad, condición y cultura; su cuerpo es percibido como totalidad, pero no únicamente para sí, sino como un medio para estar en el mundo y con el otro, y compartir las cualidades o defectos que su cuerpo encierra, tanto en los procesos sociales como individuales, en lo íntimo como en lo externo, en lo privado o en lo público. Corresponde al registro denominado por Lacan como *simbólico*.

El tipo de enfermedad que abordamos en este artículo no se encuentra en este último estadio, sino en los dos anteriores. Por ello estamos en condiciones de establecer la siguiente fórmula: la enfermedad psicósomática tiende a establecerse en el autoerotismo y el narcisismo, más que en la tercera etapa, la elección de objeto en el mundo externo.

Un sujeto marcha por la vida con un entramado de tres cuerpos: el autoerótico, el del narcisismo y el del intercambio social. Cuando una dificultad grave lo aqueja en determinada edad, situación vital, laboral, etcétera, la unidad lograda entre estos tres cuerpos se rompe, se desintegra y dependiendo, entonces, de la calidad de la mezcla, del dominio de una o de otra etapa y de lo continuo del problema, el sujeto

se instalará en uno u otro tipo de estilo de satisfacción pulsional o de forma de encontrar un lugar en el mundo y de enfermarse.

¿Cómo sucede lo anotado? Al sujeto en la pérdida le sobreviene un síntoma llamado introversión: el mundo que hasta ayer le interesaba de alguna forma va poco a poco perdiendo interés, éste se ha trasladado a los recuerdos y fantasías que tienen que ver con el objeto ausente, es dentro de tal situación que el yo sufrirá cambios.

APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS A LA CASUÍSTICA

El caso del señor Vera

Ha sido marginado del grupo donde vive, está mermado, derruido, vencido, pero no puede aceptar que perdió, que lo perdió todo; ahora su terquedad es lo único que lo sostiene. Le queda su resistencia y su dolor, su dolor constante, fijo, su compañero, su sombra, el que no le pueden robar, el que no lo abandona, el incondicional; quizá por eso debe ser tan persistente o, dicho de otra forma, tan obstinado como él, su dolor se le parece. El dolor de la derrota es difuso como lo es el moral; en cambio, el físico está ubicado, domiciliado en la mitad de la cara; él sabe dónde está, lo conoce, lo adivina, reconoce cómo llega y cómo a veces le da pequeñísimas treguas. Todas las luchas están perdidas, las pérdidas son múltiples, ¿Cuál es la que aún libra? Perdió mucho pero si se va el dolor, pierde todo, deja de ser el Sr. Vera.

La experiencia límite de no tener nada, de sentirse repudiado, robado, sin lugar, un paria, lo lleva a la somatización. La situación no se modifica y por tanto lo que alimenta al dolor o al herpes es imposible que desaparezca. Su enfermedad es la respuesta pasiva a todo eso que los demás confabulados le hacen, es lo que no podrán quitarle, ni los médicos; contrasentido terrible, pero eso ocupa y sostiene su vida y si se la quitan, ¿qué le queda?

Es imposible que asimile lo que le pasa, que lo simbolice, que le dé otra representación, pues lo va haciendo y otro despojo se produce. No hay forma de luchar contra ese monstruo de tantas cabezas; está solo, es fuerte por edad, pero débil por circunstancias; todo el ardor, el odio, el deseo de venganza, la continua derrota y burla, la encrucijada

existencial que lo agobia no tienen por dónde salir más que por la rendija del herpes.

Justamente por ocupar la posición señalada, dentro de un sistema como el descrito, es que en las pérdidas y en las situaciones límite el yo es el mejor lugar para registrar, para dar cuenta, en tanto que límite, de ese equilibrio que se rompe, pues una vez fracturado tendrá que ser otro, ya no podrá ser el mismo, y mientras se acomoda, si es que lo logra, el yo será afectado y, con ello, las identificaciones y desde luego el cuerpo.

El caso de Dionisio

¿Cuál sería en este caso la experiencia límite? No queremos minimizar ninguna de las pérdidas anotadas, pero pensamos que la más significativa de las que ha sufrido Dionisio es el percatarse de su edad y de la disminución consecuente de sus facultades: “Cuando estoy ensimismado pensando qué cosa voy a hacer en la vida, no tengo ya un aliciente para continuar, mi hijo tiene su mundo aparte, soy un anciano, lo reconozco”. Su pérdida es de otro orden de subjetividad con respecto a la del Sr. Vera: no tan concreta, ni fácil de ver, no tan múltiple. ¿Y por qué el golpe llegó por tal flanco? En las entrevistas, algo que destaca con frecuencia es la movilidad con que vivió, así como el gusto que siempre tuvo por las mujeres y su éxito con las mismas; obviamente, a los 68 años y sin próstata todo aquello son sólo reminiscencias. Recuerdos de ellas que no volverán.

Su mundo se reduce casi completamente al del hijo, es un satélite de éste; fue precisamente arreglándole el auto que el herpes le sorprendió.

En el espacio cuerpo-mente de Dionisio se albergan tres dolores: el herpético, el del duelo por la pérdida de su mujer y el existencial-narcisista;³ el trío realiza un interesante juego. El dolor herpético existe aun de noche, pero pronto desaparecerá, ¿por qué? Porque el dolor por la muerte de su mujer le permite ubicarse en la línea del que todo perdió, a los 68 años hay gente que ya no tiene mucho, dolerse por

³Trátase de un dolor referente al momento de vida por el que cruza y a la caída de sus potencialidades que en otro tiempo lo hicieron sentir orgullo y de las cuales se sentía ufano.

una ausencia y por los recuerdos le permite además recuperar algo de todo lo perdido, y ¡hasta tener ganancia!, no renunciar a su capacidad mnémica sino ejercitarla; ser un reminiscente es otra forma de estar disminuido, de que el otro nos vea enfermos, pero es menos degradante, va mejor con la personalidad de Dionisio; además, este dolor permite encubrir al peor, al existencial, al de las grandes pérdidas narcisistas, el de la pérdida de su potencia, de su autonomía, de su mundo, de sus mujeres.

También aquí existe una experiencia límite, claro está, pero entendida en este caso no desde lo traumático externo, sino desde la subjetividad, desde un momento existencial crucial, para el cual aún no se posee respuesta, aunque sí ocupación: preocuparse por lo atinente al hijo; arreglo tal ya no permite espacio para el herpes.

Otra vez tiene un lugar en la sociedad, otra vez es útil, otra vez encontró los caminos simbólicos que la cultura ofrece para las personas según sus edades y posibilidades, y un reconocimiento, mermado como él, cierto, ¡pero de lo perdido lo que aparezca es bueno!

El caso de Pilar

¿Por qué el herpes, si goza de atención psiquiátrica, está medicada y su depresión tiene que ver con eventos de hace ocho años? El material aportado no es claro y los lugares donde se alberga ahora su herpes son también atípicos; es posible que todo se deba a una resignificación de sus problemas de pareja con el primer marido, y que los sufrimientos que por entonces tuvo hayan vuelto a la palestra en función de vivencias con su segunda pareja, o bien con la pérdida de sus ilusiones, con aquel tiempo, con aquel compañero, con no haber sido madre. Sin embargo y por estar en terapia, es posible que todo se pueda explicar mejor en virtud de una reacción terapéutica del tipo en que se repiten los síntomas para no recordar lo que los precipitó.

El caso de Odette

En ella lo que resalta, con más claridad que en los otros pacientes, es una personalidad premórbida,⁴ donde lo único que falta es una gota

⁴ Personalidad con mayor tendencia a enfermar que el promedio.

para derramar el vaso psíquico, para que la elevada tensión se corporice. Ante una encrucijada existencial, el cuerpo, o la representación subjetiva del mismo, responde como un campo experiencial límite. En ella más que en ningún otro es clara la acumulación estresante como causa posible de la enfermedad psicósomática. Siempre en tensión, sin recreos del estrés interno y externo, persiguiendo sin tregua un ideal económico o laboral y quizá también conyugal; luchando a brazo partido por él, pero resulta que es inalcanzable, debe ser inalcanzable; el deseo tiene permiso para formularse pero jamás para coronarse; conflicto tal es suficiente para precipitar una tensión sobre el cuerpo. La inter-dependencia e interafectabilidad de los dos sistemas son en este caso muy claras, sólo fue suficiente un poco más de tensión, de la que la paciente soporta cotidianamente, para que el herpes apareciera. Sin embargo, es también cierto que, en virtud de esta especie de vasos comunicantes entre cuerpo y mente, la tensión decide el destino del sitio afectado. Es asimismo cierto que al cesar el estímulo externo, o al variar la composición del paquete tensionante, el dolor posherpético sufrirá mejoras o recaídas.

Otra aproximación es posible: para J. Lacan un caso como el presente sería diagnosticado como histeria⁵, ¿por qué? Porque la histérica debe permanecer con el deseo insatisfecho, como punto principal, y como otros incisos es también alguien siempre angustiada, preocupada, sirviendo a múltiples amos y quedando mal con todos; intentando salvar o resolver toda situación que a su juicio no está bien, pero proponiendo o llevando a cabo soluciones que dejan inconformes a quienes la rodean. Este tipo de casos son los que por excelencia usan al cuerpo como medio expresivo de penas, dolores y tareas incommunicables por otros caminos.

El caso de Dalia

En ella es evidente una vida de sufrimiento que aunada a una baja en las capacidades, y ante un inminente cambio en sus funciones como madre, precipitan la encrucijada existencial y en ella también el her-

⁵ Tipo de neurosis caracterizada por un dominio de síntomas corporales pero con asiento en pensamientos e ideas que el sujeto ha reprimido.

pes, con la ganancia secundaria⁶ del descanso o la disminución del ritmo como en Dionisio. Es evidente que ya no podía con el paquete que el marido le había dejado, aun cuando ella lo resolviera en gran parte, pues aquél con su alcoholismo poco pudo ayudarla, marido de membrete, pero no de función operativa. Luego fueron creciendo los hijos y tomando distancia de ella, ya por matrimonio o por explorar la vida o por trabajo; llegó el momento que no sabía qué hacer, cómo sobrellevarlos, y ahí vino la descarga. El camino hacia el sufrimiento concretado, que es menor y menos tortuoso que el difuso de la responsabilidad, la duda sobre si se hace bien o mal, de estar sola en la tarea, de ya no saber cuál es el rol por jugar en la nueva distribución de tareas, responsabilidades y energías.

Por otro lado, con la puerta cerrada del camino existencial, es decir, para alguien que fue señora de hogar como posibilidad única, y que por lo mismo actualmente no sabe aún qué hacer con su nueva función vital, es como si su herpes fuera en parte la respuesta corporal a la terrible pregunta, sin respuesta: ¿ahora qué haré con mi vida? Sólo sé trabajar para ellos, ya no tengo fuerzas para hacerlo. Basé mi vida en satisfacer la demanda del otro y ahora ya no puedo hacerlo y, además, ya no lo necesitan, ni me requieren como antes y si lo hicieran, yo ya no puedo responder, salvo como enferma; elemento que dará un vuelco en el trato y en la dinámica familiar; por eso el herpes es fijo, no cura. No tengo energías, tengo enfermedad; ella me quita la energía, no soy yo la responsable. El herpes tomará la estafeta del sufrimiento en su siguiente etapa y el dolor la liberará del peso del deber, de trabajarle a los hijos; es tiempo de que ahora ellos le den un poco de atención. El herpes es la repuesta corporal a su encrucijada existencial, la marca, la muleta, el símbolo de una vida de sufrimiento, de pocas caricias y escasos placeres; pero eso sí, siempre atendiendo y trabajando según lo dictaba la batuta de la demanda de hijos y marido.

⁶ Ganancias que el paciente obtiene de los que lo rodean como producto de su enfermedad.

A MODO DE CONCLUSIONES

Si D'Aloja proponía que los estudios antropofísicos debían abarcar también aspectos psicológicos humanos, Dickinson y Murguía (1982) afirman que lo psíquico se encuentra determinado a través de una serie de mediaciones de carácter histórico materializadas en la corporeidad humana,⁷ y por otra parte Lizárraga (2000), en su propuesta de una antropología del comportamiento, subraya la necesidad de integrar las dimensiones biológicas, culturales e históricas con los aspectos psíquicos. Con el trabajo que aquí presentamos pretendemos contribuir, en este momento de la necesaria interdisciplinariedad, al diálogo con dichas disciplinas, para mostrar que tanto el psiquismo como la cultura son producto de la existencia de un orden simbólico, y que es, sobre todo, a partir de la forma de aprehensión de los recursos psíquicos del psicoanálisis que la antropología enriquecerá sus pautas interpretativas al reconocer el carácter “polisémico de los símbolos... así como también su fuerza estructurante” (Mier 2000:89).

Reiteramos que no pretendemos explicar los hechos sociales a partir de la subjetividad psíquica, sino explorar la articulación de lo social y lo psíquico en la corporalidad humana, a partir del discurso psicoanalítico que aquí se ha expuesto, en el que dicha mirada llega a coincidir con algunas propuestas de la antropología interpretativa, donde la enfermedad puede ser vista como un sistema de comunicación semiótico-discursiva, o interpretada como texto, o susceptible de ser interpretada como texto, donde cada elemento significa en relación con el contexto en que se presenta. El cuerpo, entonces, es el texto por deconstruir, donde las sensaciones, las percepciones, las emociones y los signos significan y dan sentido a la experiencia corporal,⁸ que no se limita a las fronteras del cuerpo, sino que, como lo señalan los referentes psicoanalíticos, está mediatizado por las relaciones con el

⁷ Entendida como la expresión física, biológica, social y cultural dada en el cuerpo humano.

⁸ Para comprender los padecimientos, éstos se deben ver como asociados con distintos tipos de realidades, físicas (medio natural), sociales (sistemas de normas y significados, relaciones entre familias, comunidades e instituciones) y la realidad simbólica (Contreras 2001).

otro. Es así que el cuerpo se concibe como totalidad, pero no únicamente para sí, sino como un medio para estar en el mundo. Así pues, la enfermedad puede ser abordada como un lenguaje del cuerpo, que en tanto socializado, el síntoma doloroso podrá ser leído como medio expresivo del conflicto social subjetivado.⁹

Podemos concluir con Leach que: las interpretaciones psicoanalíticas y estructuralistas-antropológicas de las relaciones simbólicas son mutuamente compatibles. Y coincidimos con este autor en que ésta es una cuestión sobre la que los antropólogos debemos reflexionar muy atentamente.

REFERENCIAS

CONTRERAS, C.

- 2001 El conflicto social como generador de padecimientos: litigios por tierra *e ilavajinel* (mal arrojado por envidia) en Yolonhuitz, Chiapas, *Alteridades*, año 11, número 21:53-64.

DAVIDOFF, L.

- 1984 *Introducción a la psicología*, Mc Graw Hill, México.

DE FLORES, F., R. MASANA, T. TORO Y T. TRESERRA

- 1995 *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Ed. Masson, Barcelona.

DELAY, J.

- 1961 *De la emoción a la lesión. Estudios de psicósomática*, vol. 1., G. Vera (comp.), T. Bellín, (trad.), Buenos Aires, Atuel cap.

⁹ “Las enfermedades pueden ser la manifestación de la convergencia de sentimientos y de factores sociales, económicos, políticos y mágico-religiosos” (Contreras 2001:63). Para Kleinman (1980 y 1988), los padecimientos son expresiones vinculadas con distintos aspectos de la sociedad, como son la legitimidad social de los padecimientos, los roles sociales que asumen los enfermos, las familias de éstos, los médicos y la comunidad en general. Por otra parte, Lutz (1988) acota que las emociones se vinculan a padecimientos y no son únicamente el corolario aislado de experiencias individuales aisladas, sino que reflejan estructuras sociales construidas y recreadas en el actuar social individual (Contreras *op. cit.*).

DICKINSON, F. Y R. MURGUÍA

- 1982 Consideraciones en torno al objeto de estudio de la antropología física, *Estudios de antropología biológica* 1: 51-63, IIA, UNAM.

DOLTO, F.

- 1986 *La imagen inconsciente del cuerpo*, Paidós, Barcelona.

FREUD, S.

- 1976 Tres ensayos de teoría sexual, 1905, tomo VII; Introducción del narcisismo, 1914, tomo XIV; Duelo y melancolía, 1917, tomo XIV, Psicología de las masas y análisis del yo, 1921, tomo XVIII, *Obras completas*, Amorrourtu, Buenos Aires.

LACAN, J.

- 1981 *Seminario I. Los escritos técnicos de Freud*, Ed. Paidós, Barcelona-Buenos Aires.
1984 *Seminario III. La psicosis*, Paidós, Barcelona-Buenos Aires.

LAZARUS, S. R. Y S. FOLKMAN

- 1986 *Estrés y procesos cognitivos*, Ediciones Martínez Roca, Barcelona.

LEACH, E.

- 1989 *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*, Siglo XXI, Madrid.

LIZARRAGA CRUCHAGA, XABIER

- 2000 El percibir, el sentir y el hacer: la antropología del comportamiento, Rafael Pérez Taylor, *Aprender-comprender la antropología*, CECSA, México.

MIER, R.

- 2000 La antropología ante el psicoanálisis: las iluminaciones tangenciales, *Cuicuilco*, vol. 7, número 18:53-94, enero-abril, México.

PRADELLES DE L.

- 2000 El imaginario corporal y lo social, *Cuicuilco*, vol. 7, número 18: 27-39, enero-abril, México.

