

COLABORACIONES

Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones

«Car l'exactitude se distingue de la vérité, et la conjecture n'exclut pas la rigueur» (1).

En *The Vital Balance*, de 1963, Karl Menninger esbozaba una pregunta que a pesar de su aparente sencillez ha sido de gran relevancia en la historia del conocimiento psiquiátrico: *What is behind the symptom?* (2). El conocido psiquiatra norteamericano apelaba con esta cuestión a lo que en su opinión era el significado último de los síntomas. Porque, y en sus palabras, «nadie roba un reloj por el simple propósito de obtener un objeto. Nadie corta su garganta con el único objetivo de morir. La motivación humana no es tan simple», sino más bien el resultado de una multitud de presiones y acontecimientos que el terapeuta debe descubrir y describir.

Desde los tiempos en que la psiquiatría realizaba sus primeras andaduras bajo el nombre de ciencia especial a finales del siglo XVIII, hasta la época en que Menninger formulaba su teoría sobre la importancia de las presiones ambientales en el desequilibrio mental, la problemática de la naturaleza del síntoma ha constituido un tema central en los diferentes debates psicológicos y psiquiátricos. Incluso en el momento biologicista en el que actualmente vivimos, la pregunta por el síntoma, por lo

que encierra y lo que conlleva, ha empezado a ser un lugar común de la reflexión psiquiátrica y biomédica (3, 4). Y es que estamos ante una de esas preguntas fundamentales a una ciencia que trascienden las modas y las corrientes, pues apelan a la razón misma de ser de una disciplina: en este caso el estudio y paliación de la disfunción mental en su amplia variedad de formas.

Precisamente por la centralidad que la problemática del síntoma guarda en el conocimiento psiquiátrico, hay algunas situaciones que pueden resultar a primera vista paradójicas. Estoy pensando en el interés que desde disciplinas no orientadas a una terapéutica, como es el caso de la antropología, se ha desarrollado recientemente por cuestiones como los síntomas, las quejas y las expresiones de la enfermedad y de la aflicción. En poco tiempo, aquello que había sido entendido desde el conocimiento más biomédico como una realidad fisiopatológica, o por lo menos psicológica, ha sido entendido como una elaboración cultural, como una metáfora altamente sugestiva, incluso como un símbolo condensador de contradicciones sociales y político-económicas (5, 6, 7, 8, 9).

En este contexto intelectual en el que la psiquiatría y la antropología se encuentran, la pregunta por la naturaleza del síntoma parece haber cobrado una mayor complejidad. Porque, ¿qué es un síntoma: una realidad fisiopatológica o una elaboración sim-

¹ Quiero agradecer los comentarios de Josep Maria Comelles y Claudio Esteva. También las críticas y aportaciones de Joan Bestard, José Luis García, Marcial Gondar, Arthur Kleinman, Lluís Mallart, Eduardo Menéndez, Joan Obiols, Tullio Seppilli e Ignasi Terradas.

bólica? ¿Qué hay detrás de un síntoma: un conflicto intrapsíquico o las complejas estructuras de la cultura? Y, no menos importante, ¿cómo podremos dar cuenta de un síntoma: mediante una aproximación interpretativa o mediante una orientación científico-natural, mediante un enfoque psicodinámico o una crítica cultural, mediante la inferencia clínica o la interpretación etnográfica? Sin duda el asunto requiere de una mínima explicitación.

¿Antropología o psiquiatría?

En las dos últimas décadas, la problemática del síntoma ha atraído la atención de varios antropólogos que desde perspectivas interpretativas, crítico-interpretativas, semióticas y hermenéuticas han tratado de construir una orientación etnográfica de la enfermedad y de sus expresiones dentro de la llamada antropología médica, antropología de la medicina, antropología psiquiátrica o simplemente antropología de la salud. La mayor proliferación de este tipo de estudios se ha producido en Estados Unidos, aunque no por ello podemos hablar de una excesiva homogeneidad en los planteamientos. Algunos autores, por ejemplo, han huido del empirismo ateo del discurso culturalista y sociológico norteamericano para tratar de conjugar teoría y práctica etnográfica (10, 11, 12). Otros, a la zaga de los teóricos, han desarrollado un enfoque pragmático llamado *Clinically-applied Anthropology* (antropología aplicada a la clínica) y cuyo objeto prioritario no ha sido tanto la enfermedad o el síntoma como los problemas que se derivan de la práctica médica (13). Como era de esperar, algunos autores se han apresurado a criticar este exceso de concesiones a las ciencias médicas

y han desarrollado desde perspectivas marxistas y neomarxistas una opción más independiente y crítica que se ha venido en llamar *Critical Medical Anthropology* (antropología médica crítica) (14, 15). La orientación materialista de esta última tendencia ha ofrecido poco juego a los planteamientos semióticos y hermenéuticos. Sin embargo, en su ejercicio crítico ha permitido la emergencia de nuevas líneas teóricas, como esa orientación llamada *Critically Applied Medical Anthropology* (antropología médica aplicada críticamente) (16) o, lo que aquí resulta más interesante, esa mezcla de interpretativismo e historicismo, de pensamiento genealógico y semiótica del cuerpo que es la crítica-interpretativa (17).

A pesar del estallido de tendencias y terminologías que se ha generado en los últimos años, podemos hablar de la existencia de una antropología interpretativa de la enfermedad que, con mayor o menor espíritu crítico, ha percibido los síntomas como expresiones que vehiculan un sentido y que responden a mundos locales de significación (5, 10, 11, 12). La tarea etnográfica ha consistido aquí en la apertura al dominio cultural en el que viven los individuos que presentan síntomas, los entienden y los interpretan. Una orientación en la que se reflejan las influencias de la filosofía hermenéutica europea, así como de autores destacados de la antropología simbólica e interpretativa de los años sesenta y setenta como Victor Turner y Clifford Geertz, dos antropólogos que se han caracterizado por apostar por un discurso más centrado en la interpretación de símbolos, significados y haces de significados que en la posibilidad de un conocimiento causalista y científico-natural de los fenómenos socioculturales.

Si en la antropología se ha producido un

COLABORACIONES

interés por el síntoma a partir de las orientaciones interpretativas, en la psiquiatría el trayecto teórico que se ha desarrollado en los últimos años ha sido muy diferente. Tras una histórica confrontación entre planteamientos biológicos, psicológicos, psicodinámicos, fenomenológicos, psicosociales e incluso económico-políticos, la psiquiatría se ha decantado por una orientación biológica que le permita adquirir un estatus de especialidad dentro de las ciencias médicas (3, 4). Las viejas discusiones sobre el papel de la vida sexual, el complejo de Edipo, los conflictos intrapsíquicos (teorías psicoanalíticas), la comunicación familiar (teorías sistémicas), el papel del Estado y de las instituciones (teorías antipsiquiátricas) o las formas existencialistas de *ser-en-el-mundo* (teorías fenomenológicas y existencialistas), han dejado paso a una mayor biologización de los principios. Como resultado, el síntoma ha sido observado como una manifestación *positiva* (en su sentido etimológico de *positum* o presente ante los sentidos), como una disfuncionalidad o anormalidad de tipo orgánico. En otras palabras, el síntoma ha tratado de ser reducido al dominio conceptual de lo que en la terminología médica siempre ha constituido el signo de una enfermedad. Entendiendo aquí por signo una evidencia objetiva de una enfermedad que es perceptible por el profesional; y por síntoma, en cambio, una manifestación más ambigua, incierta y derivada de la percepción y expresión del propio paciente. En términos más precisos, y tal como se define en el DSM-IV (18):

«Signo: Manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado.

Y también:

«Síntoma: Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador.»

Adviértase que «signo» y «síntoma», en sus sentidos más divergentes, denotan órdenes de realidad bien distintos. El signo, tal como lo define la terminología biomédica y psiquiátrica, guarda una fuerte conexión con lo que en semiótica se ha entendido como índices o señales naturales. De una manera similar a como inferimos el fuego a partir del humo, se infiere también la enfermedad a partir de signos médicos como la fiebre. Ni la fiebre ni el humo (éste último por lo menos no usualmente) son creaciones significativas a partir de convenciones semióticas o culturales, sino que son manifestaciones naturales. De esta manera, el signo muestra la particularidad de ser él mismo una parte de una realidad natural que, como la punta de un iceberg, se revela a sí misma y que sólo se inscribe en el dominio de la semiosis o significación en la medida que hay un intérprete que donde ve fiebre infiere una determinada enfermedad.

Contrariamente, el síntoma refiere a «una manifestación del paciente», a una «percepción subjetiva». Sin entrar en profundidades sobre qué se quiere indicar aquí con la palabra «subjetivo», lo cierto es que el síntoma se presenta como una interpretación que ha elaborado el paciente sobre una serie de sensaciones corporales, psíquicas y emocionales: «me duele la cabeza», «me siento decaído», «estoy mal de los nervios». El síntoma es así verbalizado o mostrado mímicamente y, por tanto, su construcción responde a las necesidades de expresión de un emisor. Se presenta, de esta manera, no ya como la parte de una

realidad física o el efecto visible de una causa, sino como una expresión humana que guarda en sí misma un significado.

Entre un eczema y una exclamación del tipo «me duele el corazón» hay todo un abismo. No por casualidad el síntoma ha constituido un problema de enorme trascendencia en psiquiatría y en medicina. Un eczema es siempre un eczema. Pero la exclamación «¡me duele el corazón!» no es la misma en boca de una mujer iraní, que en palabras del personaje de una novela romántica europea, en los términos de un paciente barcelonés que padece una cardiopatía isquémica, que en la formulación de un indígena nahua de Hueyapan. De forma respectiva, para unos (mujeres iraníes) el corazón es un órgano fisiológico vulnerable a la opresión de la vida cotidiana y a los problemas de la sexualidad femenina (19); para otros, en cambio, puede ser el centro (simbólico) de la vida afectiva (personajes románticos), un órgano que no funciona correctamente (pacientes barceloneses), o una víscera necesaria para la digestión de los alimentos (nahuas) (20).

La distinción entre signo y síntoma ha tenido más relevancia en el conocimiento y en la práctica clínica de lo que generalmente se ha mencionado. Hay escuelas como el psicoanálisis que han llegado a semiotizar algunos signos físicos; es decir, a entender como síntoma aquello que en principio parecía un signo. Estoy pensando en el sentido de «simulación del parto» que Freud atribuye a la fiebre y a la peritífilitis de Dora en *Escritos sobre la histeria* (21). Estoy pensando también en la interpretación, esta vez con Breuer, que realiza Freud de la *tus-sis nervosa* de Anna O. en *Estudios sobre la histeria* (22). Incluso no es arriesgado afirmar que cualquier psicoanalista entenderá la fiebre y los eczemas como algo más que

meros signos fisiopatológicos. Con todo, lo más frecuente en la psiquiatría biologicista (también llamado paradigma neokraepeliniano) ha sido adoptar la visión inversa. Esto es: objetivar los síntomas como si fueran signos físicos que hablan de una realidad natural, universal y también a-biográfica.

Como podemos deducir, en torno al síntoma se esbozan actualmente problemáticas e intereses bien divergentes: unos, los antropólogos, buscan significados; otros, los psiquiatras de orientación biológica, realidades fisiopatológicas. Y esta evidencia debe subrayarse a pesar de que un autor como Geertz haya querido observar ciertas similitudes entre el quehacer antropológico y la inferencia clínica.

Clifford Geertz ha afirmado que la tarea etnográfica y la clínica tendrían en común el que en ambos procedimientos el tipo de generalización que se establece no se produce a través de casos particulares, sino dentro de estos casos (23). Esto es: no se operaría tanto recogiendo casos para formular una ley, como situando el caso dentro de un contexto inteligible. Hasta aquí podemos estar de acuerdo con la similitud esbozada por el antropólogo norteamericano. Aunque Geertz no hable en estos términos, en los dos tipos de indagación se procede mediante lo que autores como Peirce (24) y Eco (25) han llamado *abducción*. Pero si intentamos llevar la analogía más lejos corremos el riesgo de confundir dos planteamientos en el fondo muy diferentes; por lo menos en el contexto del tipo de antropología y de psiquiatría del que aquí hablamos. Escuchemos lo que Geertz nos dice porque él mismo, aunque de forma tangencial, nos ofrece las claves para evidenciar los límites de su analogía:

«Generalizar dentro de casos particulares se llama generalmente, por lo menos en

COLABORACIONES

medicina y en psicología profunda, inferencia clínica. En lugar de comenzar con una serie de observaciones e intentar incluirlas bajo el dominio de una ley, esa inferencia comienza con una serie de significantes (presuntivos) e intenta situarlos dentro de un marco inteligible. Las mediciones se emparejan con predicciones teóricas, pero los síntomas (aun cuando sean objeto de medición) se examinan en pos de sus peculiaridades teóricas, es decir, se diagnostican. En el estudio de la cultura los significantes no son síntomas, sino que son actos simbólicos o haces de actos simbólicos, y aquí la meta es, no la terapia, sino el análisis del discurso social. Pero la manera en que se usa la teoría –indagar el valor y sentido de las cosas– es el mismo» (23).

Como podemos observar, Geertz sitúa la fuerza analógica entre la generalización antropológica y la clínica a partir de un paralelismo: de una manera semejante a como se inscriben síntomas en un cuadro patológico, se inscriben símbolos en contextos culturales. Si entendemos la idea de «generalización» en un sentido amplio, la relación no resulta del todo discutible. Sin embargo, si tratamos de profundizar en el tema las diferencias comienzan a desvelarse.

Una lectura atenta de la cita permite rescatar una idea que en su texto sólo tiene un carácter ocasional: la identificación que establece entre síntomas y significantes. Una identidad que permite mostrar una de las principales diferencias entre la generalización clínica y la antropológica, por lo menos cuando tratan de dar cuenta de un mismo fenómeno como el síntoma. A saber: la primera, fundamentalmente cuando nos referimos a la orientación neokraepeliniana, observa los síntomas como significantes, la segunda, salvo algunas excepciones como el estructuralismo de Lévi-Strauss, los in-

terpreta como significados. En otras palabras, en la inferencia clínica el contexto de sentido viene dado por una conciencia médica y, por esta razón, el síntoma es una especie de significante natural cuyo significado depende del destinatario. En cambio, desde la antropología interpretativa lo relevante es la significación original del síntoma en tanto que expresión de la aflicción de un informante. Y no es lo mismo interpretar una expresión, sea ésta una queja verbal o una gesticulación, en términos de cómo los contenidos responden a un dominio de sentido que pensar los síntomas como realidades naturales y psicofisiológicas.

Por ejemplo, las alucinaciones auditivas de un amerindio norteamericano en duelo pueden ser interesantes desde un punto de vista etnográfico en tanto que pueden condensar una forma de percibir el mundo en la que se articulen elementos como la pérdida del cónyuge, una concepción determinada sobre cómo vivir el duelo y la idea de que el espíritu del fallecido habla desde otra instancia con el individuo en cuestión (26). Aquí estaremos ante un procedimiento de generalización dentro de un caso que nos permitirá inscribir el síntoma dentro de un marco cultural. El síntoma podrá así ser aprehendido como un símbolo o como un «texto» –como una fijación y objetivación de «algo que se dice»– que es interpretado en términos de un «contexto» que matiza y filtra la naturaleza polisémica del síntoma. Esta generalización no implicará una universalización, pues el síntoma podrá mostrar otros significados en otros contextos, sino más bien una inscripción del síntoma en un dominio cultural específico.

Ahora bien, si ante una alucinación auditiva actuamos como si de un signo físico se tratara y procedemos a su diagnóstico y tratamiento, el tipo de generalización que se es-

tablece tiene otras connotaciones. En este caso, intentaremos designar el fenómeno a partir de la relación de este síntoma con otros síntomas y signos; además de con el pronóstico, curso y evolución de la enfermedad. Hasta aquí se inscribirá el síntoma en el contexto de un cuadro psicopatológico de una forma metodológicamente similar a como se podría inscribir en un marco cultural determinado, pero con la peculiaridad de que a la contextualización clínica se le añade una mecánica de causalidad y de universalidad que la hace claramente divergente al procedimiento etnográfico. De esta manera, el diagnóstico supondrá una preestablecida (e hipotética) asociación entre las alucinaciones auditivas y algunos procesos fisiopatológicos como la hiperactivación de las vías dopaminérgicas cerebrales. El diagnóstico, a su vez, permitirá la aplicación de un tratamiento con neurolépticos para bloquear la supuesta hiperactivación neuroquímica. El resultado será entonces una generalización muy distinta a la llevada a cabo desde la perspectiva etnográfica. Y es que lo relevante será vincular el síntoma con una serie de procesos psicofisiológicos presumiblemente universales, y no entre una serie de significados y su contexto de sentido. En otras palabras, en este último caso estaremos operando más a partir de supuestas leyes de relación científico-naturales (alucinaciones auditivas y alteraciones neuroquímicas) que a partir de asociaciones de sentido entre realidades culturales (oír voces y vivir el duelo).

¿Qué encierra entonces un síntoma? Porque parece presentarse como un enigma. Si tratamos de aprehender su sentido la pregunta pertinente es: ¿qué significa?, ¿cuál es el significado de ese fenómeno que surge como una simple queja o como un elaborado juego de representaciones? En

este caso, el síntoma es restituido al dominio epistemológico de la comprensión (*Verstehen*) del sentido y, por tanto, es aprehendido en su relación con un contexto de tipo biográfico, cultural e histórico-cultural. Así, nos situamos en ese terreno que desde Dilthey parece reservado a las llamadas ciencias del espíritu o *Geisteswissenschaften* (27, 28, 29) y que actualmente son reconocidas bajo el título de ciencias sociales y humanas.

Contrariamente, si nuestra pregunta se formula en términos de ¿a qué responde un síntoma?, ¿cuáles son los procesos y los hechos que envuelve una manifestación de este tipo?, la respuesta queda atrapada en la búsqueda de una explicación (*Erklärung*). Entendiendo el concepto de explicación en su sentido de modo de conocimiento característico del enfoque científico-natural, centrado en los procesos de causalidad de los fenómenos y basado más en los hechos que en las significaciones². Aquí, como es evidente, lo que está en juego ya no es una búsqueda del sentido, sino una indagación que permita relacionar los síntomas con una serie de procesos biológicos y psicobiológicos subyacentes a partir de una lógica causalista.

Llegados a este punto se hace evidente que preguntarse «qué significa un síntoma» no es lo mismo que cuestionarse «a qué causa responde». Ambas interrogaciones generan derivaciones diferentes del conocimiento y, por tanto, un conflicto de interpretaciones. Y ello a pesar de que no sea del todo necesario excluir la explicación del dominio de las ciencias sociales, ni si-

² Las definiciones etimológicas de explicación y comprensión resultan en este punto esclarecedoras. Explicar (del latín *plicare*) tiene connotaciones de «desplegar» o «desenredar» algo; comprender (de *comprehendere*), en cambio, sugiere «coger» y «abarcar». Ver el diccionario filosófico de Ferrater Mora (37).

COLABORACIONES

quiera de las realidades lingüísticas, significativas o simbólicas. Por ejemplo, Ricoeur, en oposición a la clásica identificación diltheyana de comprensión con ciencias del espíritu y explicación con ciencias naturales, nos ha mostrado hábilmente cómo es posible entender comprensión y explicación como una dialéctica que puede moverse en las dos direcciones: de la comprensión a la explicación y a la inversa (28); aunque, eso sí, siempre dentro de la esfera de una realidad significativa o, si se prefiere, del arco o círculo hermenéutico (28). Buena reflexión sin duda la del pensador francés que nos remite a una realidad más compleja de la inicialmente sugerida, pero que no invalida la posibilidad de una distinción; por lo menos en situaciones de gran contraste. La clínica, por ejemplo, necesita también de un mínimo de comprensión de las manifestaciones del paciente para poder elaborar un diagnóstico, pero para un autor como Popper sería un caso claro de «explicación causal», porque está sujeta a leyes de predicción o –aquí sería más propio– pronóstico (30). Por otro lado, el estructuralismo de Lévi-Strauss, que es tomado por Ricoeur como ejemplo paradigmático de la vía dialéctica explicación-comprensión (28), nos puede sugerir la posibilidad de una lógica binaria panhumana de tipo universal y puede mostrarse con una apariencia irreprochable de *Erklärung*, pero es indudable que, por lo menos hasta ahora, no nos permite ni esbozar causalidades ni mucho menos predicciones. Hay, ciertamente, una dificultad para establecer límites nítidos entre comprensión y explicación, pero en sus polos las ambigüedades tienden a diluirse: a) síntoma como manifestación natural resultado de procesos psicofisiológicos, y b) síntoma como mensaje, texto, símbolo, metáfora o discurso. El uso de un

conocido dilema de Ryle nos puede ser de utilidad para profundizar en esta disparidad de aproximaciones.

¿Guiños o tics?

Con el doble propósito de definir el dominio de lo culturalmente significativo y el objeto de la actividad etnográfica, Clifford Geertz nos relata en «Descripción densa: Hacia una teoría interpretativa de la cultura» (23) un dilema de Ryle. Ryle es un pensador de la escuela de Oxford conocido, entre otras cosas, por tratar de desarticular esa idea cartesiana de que existe un espíritu que habita el cuerpo –un «fantasma en la máquina» (31)– por articular su reflexión a partir de dilemas o problemas lógicos.

El dilema que aquí nos ocupa es el siguiente: dos muchachos contraen rápidamente el párpado de su ojo derecho; en el primer caso se trata de una acción no intencional y concretamente de un tic; en el segundo de un guiño. Ambas acciones son de naturaleza bien diferente, pero observadas fenoménicamente, captadas en su forma aparente, se muestran semejantes si no idénticas. Sin embargo, lo cierto es que un guiño no es un tic. Un guiño es una acción significativa y deliberada. Es a la vez un movimiento y un signo lingüístico; esto es: vehicula un sentido y se inscribe dentro de un código preestablecido sobre su uso. Contrariamente, podemos decir que un tic es un movimiento psicofisiológico que se produce por la contracción involuntaria de uno o varios músculos y que no se

³ Aunque Geertz no lo indique, esta afirmación es problemática, puesto que desde un punto de vista afín a la psicología profunda se podría decir que un tic encierra también un mensaje.

inserta, por lo menos de forma evidente, en el dominio del lenguaje³.

Geertz nos indica (y Ryle) cómo algunas técnicas de descripción superficial, como sería el caso de la fotografía o de los modelos conductistas, no podrían dar cuenta de la diferencia entre un guiño y un tic. Una imagen fotográfica o una descripción conductual de ambos fenómenos lo único que podría constatar es la evidencia de un parpadeo. Así, una descripción que se precie deberá introducir un principio de definición de los contextos en que un movimiento puede cobrar un sentido, tanto para el emisor como para sus destinatarios; y ese tipo de descripción recibe aquí el nombre de descripción densa en tanto que opuesta a la descripción superficial y puramente fenoménica.

Describir de forma densa es además un ejercicio complejo y a menudo problemático. Y es que un guiño no encierra siempre un mismo significado, porque el sentido de una acción comunicativa es íntimamente dependiente de su contexto. No es lo mismo guiñar el ojo con el propósito de conspirar con un amigo que con la intención de imitar de forma desmañada a otro que guiñó el ojo quizá con no toda la discreción posible que requiere una conspiración. De la misma manera que podemos caer en el error de identificar un guiño con un tic, también podemos equivocarnos a la hora de entender conspiración en el lugar donde sólo hay parodia y ridículo. Pero eso no es todo. El panorama puede complejizarse aún más, porque tal como indica el autor(es) en un alarde de imaginación: supongamos que el individuo que estamos observando es el mismo que guiñó el ojo parodiando a otro cuya intención era conspirar, pero que ahora se encuentra en su casa practicando delante del espejo con el fin

de perfeccionar sus habilidades. Esta vez también se tratará de un rápido movimiento del párpado y de un guiño, pero en este caso el referente último ya no será la parodia sino el ensayo de parodia. Como es lógico, el dilema puede prolongarse y complejizarse infinitamente; sin embargo, llegados a este punto ya ha cumplido su función.

El símil tiene la virtud de ser sumamente versátil. En principio, el propósito original de Geertz es de orden teórico: trata de definir la etnografía como una descripción densa en oposición a una descripción superficial para la que un tic, un guiño de complicidad, de parodia o de ensayo de parodia vendrían a ser lo mismo. Lo que intenta decirnos es que la etnografía sería una especie de exégesis de las complejas y jerárquicas estructuraciones en donde se inscribe el auténtico sentido de un guiño. Sin embargo, el dilema en cuestión es también, en el juego de oposiciones que evoca, comprensión aparente *versus* comprensión profunda, descripción superficial *versus* descripción densa; un claro ejemplo de un conflicto de interpretaciones. Una oposición en la que diferentes lecturas se ponen a prueba y prefiguran sus ventajas y sus limitaciones.

Por un lado, analizar la realidad de una forma puramente fenoménica supone registrar un guiño y un tic como un mismo movimiento, pero también implica una posición teórica determinada: centrarse casi exclusivamente en lo directamente observable y en el movimiento como mero significante natural. Aquí el parpadeo es tratado anticipadamente como un signo físico (un eczema en la epidermis, por ejemplo) que no responde al tipo de expresiones semióticamente constituidas, sino cuyo significado depende exclusivamente del intérprete o destinatario.

COLABORACIONES

Por otro lado, aprehender el parpadeo como un complejo y a veces enrevesado juego de significaciones supone distinguir entre un guiño y un tic, pero también un centrarse esta vez en el significado y no sólo en el significante natural. En otras palabras, en la comprensión del parpadeo como un movimiento potencialmente codificado e intencional que evoca un mundo local de significados.

Uno de los problemas más acuciantes de la psiquiatría neokraepeliniana es precisamente la manipulación en el ejercicio clínico de los síntomas como si fueran signos, de los guiños como si fueran tics que se evidencian a sí mismos y que no responden, por tanto, a una lógica lingüística y cultural. En una casi perfecta y no casual oposición, una de las estrategias de la antropología es mostrar los síntomas como guiños que encierran un significado que habla de mundos culturales de aflicción y sufrimiento. Pero veamos cómo este conflicto de interpretaciones se manifiesta en un caso concreto.

¿Mal d'ollo o síndrome paranoide?

Durante mi trabajo de campo en algunos dispositivos psiquiátricos de Barcelona tuve ocasión de estudiar un caso que puede tomarse como un ejemplo de cómo la lectura clínica y la etnográfica pueden entrar en conflicto. Se trata de un caso que desde el punto de vista psiquiátrico fue descrito de la siguiente manera:

«Enferma de 50 años de edad, sin antecedentes psiquiátricos, que es traída a urgencias por su familia por presentar desde hace 48 horas un síndrome paranoide caracterizado por ideas de persecución y perjuicio que motivan alteración de

conducta. Ideas de autorreferencia poco estructuradas que se acompañan de perplejidad moderada, inquietud psico-motora e insomnio. La sintomatología aparece de forma brusca y sin un desencadenamiento aparente. Del relato de la familia no puede inferirse la existencia de alteraciones esenciales del área de personalidad.

Orientación diagnóstica: Síndrome paranoide agudo.

Tratamiento: (de tipo farmacológico)».

El tipo de estructuración y de estilo expositivo es el usual de los informes clínicos que se confeccionan en los centros de asistencia psiquiátrica de tipo neokraepeliniano. No hay que forzar mucho la imaginación para percibir detrás de este texto el espíritu esquematizador de criterios diagnósticos como el DSM-IV y la CIE-10. En el informe lo importante es la agrupación lógica de los diferentes síntomas con objeto de elaborar un diagnóstico, sea éste un «síndrome paranoide agudo», un «trastorno delirante» o un «trastorno psicótico no especificado»; tres de las categorías diagnósticas más cercanas a la descripción del informe. Síntomas como «ideas de persecución y perjuicio» o «ideas de autorreferencia» son relacionados con antecedentes, inicio de la sintomatología y también signos a partir de una lógica psicofisiológica que es sólo esbozada en su dimensión aparente. La razón no es un rechazo de las posibles relaciones causales entre síntomas y procesos fisiopatológicos, sino el hecho de que las causas o procesos etiopatogénicos de estos (presumibles) procesos son hasta el momento hipotéticas: no existe hoy por hoy una prueba biológica que permita discriminar un síndrome paranoide agudo o una idea de autorreferencia como realidades positivas.

Después de una lectura atenta del informe, llama también la atención el hecho de que no sabemos nada del significado de las conductas, síntomas y expresiones. Bien, lo cierto es que conocemos que hay ideas de persecución, pero no quién persigue, con qué objetivo y de qué forma desde el punto de vista de la afectada. Lo mismo puede decirse del síntoma «ideas de autorreferencia». Aquí podemos deducir que la paciente construye simbólicamente el orden de los acontecimientos de forma egocéntrica. Pero no sabemos de qué acontecimientos se trata y cuál es por tanto la jerarquización de significados que da sentido a este tipo de experiencia. Y es que los síntomas son aquí tratados con un especial énfasis en su configuración formal. En otras palabras, lo que aquí resulta relevante no es tanto establecer las conexiones significativas en las que se inscribe un rápido movimiento del párpado o una idea de autorreferencia, como centrarse en *el* movimiento y en *la* idea como un significante natural que responde a un proceso psicopatológico universal.

La prioridad ofrecida al significante sobre el significado conlleva también una clara reificación de las percepciones subjetivas del paciente o síntomas. De hecho, en el informe no se observa un tratamiento diferente de signos como «inquietud psicomotora» con respecto a síntomas como «ideas de autorreferencia», incluso cuando estamos ante dos fenómenos claramente diferentes. La inquietud psico-motora es un signo más fácilmente identificable con un movimiento involuntario y que no presenta un significado original. Puede además registrarse visualmente, observarse. Pero la idea de autorreferencia se inscribe más directamente en el dominio biográfico y cultural del paciente. Dicho de otra manera, puede presentar propiedades más cercanas a las de un guiño

que, además de ser observado, debe ser leído o interpretado. Sin embargo, el informe pone en un mismo plano de objetualización al signo y al síntoma, pues se puede calificar a las ideas de autorreferencia de «poco estructuradas» de la misma manera que se puede hablar de una perplejidad moderada. El resultado final es un paisaje psicopatológico que aparece con gran coherencia interna, pero a su vez aislado del marco biográfico, histórico y cultural en el que podría cobrar un sentido específico. De esta manera, la descripción adquiere un carácter generalizable y puede ser extrapolada a cualquier marco cultural e histórico. Pero, y éste es el problema, esta orientación confunde los guiños con los tics.

Intentemos por un momento descentrarnos de la perspectiva de la exploración sintomatológica y diagnóstica y tratemos de aprehender el mismo caso desde una perspectiva etnográfica. En otros términos, centrémonos en los significados de los síntomas como si fueran guiñadas y adoptemos para ello una perspectiva etnográfica del caso:

«E. (nuestra informante) había visitado recientemente su aldea, un pequeño caserío de Galicia (el N.O. de España) del que hace un tiempo marchó por motivos económicos. La razón del regreso era de tipo familiar: su madre había fallecido unos meses antes. Como su padre había muerto hace tres décadas por causa de una leucemia, la muerte de su madre suponía también el reparto de la herencia. En Galicia, la distribución de la herencia entre hermanos y hermanas suele realizarse teniendo en cuenta que al hermano

⁴ La institución de la *millora* o «mejora» es compleja y puede presentar formas diversas que, por razones obvias, no vamos a analizar aquí. Un análisis ya clásico de esta temática puede encontrarse en el trabajo de Lisón (38).

COLABORACIONES

casado en casa o *millorado* le corresponde de la *millora* (dos terceras partes de las fincas), mientras que el tercio restante debe ser dividido en partes iguales entre todos los hermanos (incluido el *casado en casa*)⁴. A pesar de que existe una institucionalización al respecto, la fórmula suele ser origen de fuertes desavenencias. No es extraño, entonces, que en este caso específico se generaran desacuerdos sobre la partición de tierras.

A su regreso a Barcelona E. empezó a sentirse extraña y acosada: 'me miraban por la calle'. Comenzó a pensar que era perseguida por un grupo de periodistas y trataba de eludirlos entrando y saliendo de diferentes bares. La actitud de los transeúntes parecía responder a una confabulación predeterminada. Con los compañeros de trabajo también sintió que algo había cambiado: sus voces eran ahora diferentes. A todo ello se le sumaba la convicción de padecer una leucemia. Para nuestro informante se trataba de un caso claro de aojamiento motivado por la codicia y envidia de sus hermanos y en el que podía haber mediado la *meiga* o bruja de la aldea.

El *ollo mao* o *mal d'ollo* aparece en la cultura gallega asociado a la idea de un perjuicio, por ejemplo, la transmisión de una enfermedad. Como desde este dominio cultural la mera presencia de una persona, su contacto o su sombra pueden transmitir enfermedades como *o aire*, *o enganido* o *a sombra*, E. trataba por todos los medios de mantenerse a una distancia prudente de sus interlocutores; con la particularidad que «el mal» que en este caso podía serle transmitido era «la leucemia». Y más cuando E. acababa de cumplir cincuenta años, la misma edad que tenía su padre cuando falleció por esta enfermedad.».

Como podemos apreciar, esta aproximación en nada se parece al estilo expositivo

del informe psiquiátrico. Aquí el análisis del caso es llevado a un dominio de relación entre síntoma, biografía y contexto cultural en donde el significado es nuclear al tipo de descripción. Tomemos, por ejemplo, tres de los síntomas más relevantes que aparecían en la descripción clínica: ideas de perjuicio, persecución y autorreferencia. Desde un punto de vista etnográfico, estos tres síntomas aparecen fuertemente interconectados, pero no porque respondan a una categoría diagnóstica llamada «síndrome delirante» o «trastorno delirante», sino porque se relacionan en un sistema de significados del tipo: «un individuo inmerso en el dominio cultural gallego cree, debido a la codicia de sus familiares, ser objeto de un aojamiento que se materializa en la transmisión de una enfermedad que, a su vez, es inducida por el contacto o la presencia de otros individuos; por esta razón se siente perseguido, interpreta las acciones de otros en términos de sus propios temores y evita toda relación interpersonal».

De la misma manera que las alucinaciones auditivas de un amerindio pueden inscribirse en un código de significados sobre el duelo, o los guiños adquieren su sentido de acuerdo con el contexto, aquí las ideas de persecución, perjuicio y autorreferencia responden también a mundos locales de significación. Mostrar estas conexiones es el objetivo de una descripción etnográfica como la que acabamos de presentar. En ella, lo que es relevante no es ya hallar manifestaciones universales cuya lógica responda a procesos psicofisiológicos, sino proceder a restituir el sentido al sentido inscribiendo el síntoma en su contexto de uso. Desde este punto de vista, y como ya hemos señalado, la generalización que se efectúa dentro de un caso es muy diferente a la generalización clínico-psiquiátrica,

porque es una generalización y una particularización. Generalización, porque el dominio cultural que se aprehende va más allá del informante en cuestión. Particularización, porque no se precipita a un análisis en donde los síntomas puedan ser leídos a partir de criterios universales.

La circunscripción a un dominio cultural particular se refleja, además, en el propio estilo expositivo. En el informe clínico, los conceptos y las categorías utilizadas responden al propio ámbito del investigador. A saber: se habla de síndrome delirante, de ideas de perjuicio, de insomnio, de perplejidad moderada, de inquietud psico-motora, etcétera. En cambio, en la descripción etnográfica se combinan categorías de la jerga disciplinar con términos del propio ámbito del informante como: *millora*, *casado en casa*, *mal d'ollo*, *a sombra*, *o enganido y meiga*, entre otros. Y, como es evidente, no es lo mismo hablar de *mal d'ollo* que de síndrome delirante. De la misma forma que no es lo mismo utilizar categorías diagnósticas y sintomatológicas propias del observador (distimia, trastorno de ansiedad generalizada, esquizofrenia paranoide crónica, trastorno bipolar, etcétera.) que realizar una descripción en términos del punto de vista del informante. Se refiera éste último a *mal d'ollo* o a cualquiera de esas otras experiencias de malestar llamadas enfermedades folk o *culture-bound syndromes* como: *chisara-chisara*, *zuwadanda*, empacho, susto, aire, agua, pasmo, bilis, ataque de nervios, celos, mal de pelea, latido, cólera, *koro*, *amok*, *gila merian*, *gila talak*, *gila kena hantu*, *otak miring*, *latah*, *bah-tsi*, *dhat*, *shen-k'uei*, *qissaatuq*, *pibloktog*, *quajimaillituq*, *pa-feng*, *pa-leng*, *boxi*, *wiitiko*, *inarun*, *kiesu*, *giri*, *hwa-byung*, *wool-hwa-byung*, *buduh kedewandewan*, *dindirin*, *djukat*, *afota*, *abisinwin*, *aiyiperi*, *were*

agba, *were alaso*, tuyo, *wacinko*, tabacazo, *shin-byung*, tripa ida, *ruden rupan*, *zar*, *womtia* o espanto, entre otros muchos (32). El mayor o menor interés universalizador del observador queda reflejado en las categorías que éste utiliza para la designación de lo que en ese momento está en juego como objeto y fenómeno de observación. Es lo que, en otros términos, ha sido puesto en evidencia bajo la dicotomía experiencia-próxima/experiencia-distante.

A pesar de ser desarrollados por Geertz para propósitos exclusivamente antropológicos, estos dos conceptos guardan un carácter fronterizo entre la clínica y el trabajo de campo. No por casualidad el antropólogo norteamericano los extrae del modelo psicoanalítico de Heinz Kohut, un psicoanalista que entre otras actividades, se dedicó a analizar las implicaciones de la empatía en la entrevista terapéutica. Por esta razón, presentan cierto potencial para evidenciar las formas posibles de aproximación a fenómenos como los que aquí estamos tratando. El propio Geertz introduce un ejemplo clínico para la mejor definición de estas formas posibles de experiencia:

«Ciertamente, la diferencia es de grado, y no se caracteriza por una oposición polar —el 'miedo' es más un concepto de experiencia próxima que la 'fobia', y la 'fobia' lo es más que la 'disintonía del ego' [...] La reclusión en conceptos de experiencia próxima deja a un etnógrafo en la inmediatez, enmarañado en lo vernacular. En cambio, la reclusión en conceptos de experiencia distante lo deja encallado en abstracciones y asfixiado en la jerga». (33).

La dicotomía es sugestiva, porque mientras diferencia el miedo de la fobia distingue el paciente del clínico; pero no de una forma neutral, sino de una manera en la que

COLABORACIONES

el miedo y el paciente son los criterios a partir de los cuales se estipulan las distancias y también las posiciones epistemológicas. Ahora bien, este punto de referencia es sólo una abstracción, pues ni la experiencia cercana ni la experiencia distante son experiencias del propio paciente, sujeto o informante, sino distancias que se generan en el quehacer clínico y etnográfico y que, por tanto, pertenecen al ámbito del investigador. Hablar de fobia, de ego no sintónico o de síndrome paranoide es tan distante como cercano hablar de miedo o de *mal d'ollo*. Sin embargo, sigue existiendo una distancia entre el que siente miedo o es objeto de aojamiento y la experiencia cercana en sí misma, pues, en última instancia, lo que ésta denota es el acercamiento que realiza el observador al observado para una mejor comprensión de su experiencia. Este procedimiento, aun cuando pueda parecer limitado, no anula la posibilidad de un conocimiento. Max Weber ya aportó claridad sobre este punto:

«...no es necesario ser un César para comprender a César. El poder *revivir* en pleno algo ajeno es importante para la evidencia de la comprensión, pero no es condición absoluta para la interpretación del sentido». (34) [Las cursivas son del autor].

Para poner de manifiesto nuestro conflicto de interpretaciones entre la psiquiatría neokraepeliniana y la antropología interpretativa podríamos invocar además de la distinción entre experiencia cercana y distante diferentes conceptos o, mejor dicho, parejas de conceptos, como la conocida 'polarización' de Pike entre *emic* (visión del nativo) y *etic* (visión del investigador) (35), o la aquí más pertinente distinción entre *illness* (malestar o percepción

de la enfermedad por el paciente) y *disease* (patología o percepción de la enfermedad por el profesional) (36). No obstante, las diferencias han quedado a estas alturas claras: donde unos perciben los síntomas como señales naturales que hablan de una realidad psicopatológica, otros observan una elaboración cultural que remite a un mundo de significados.

Con todo, existen otras diferencias significativas entre la psiquiatría y la antropología que aquí es preciso apuntar, como la no necesidad en el caso de la segunda de discriminar entre lo normal y lo patológico. Por ejemplo, en la descripción etnográfica de E. no se ha intentado elaborar un diagnóstico o descubrir un proceso patológico, ni en términos biológicos ni tan sólo desde una perspectiva psicológica o psicoanalítica. Y es que lo que interesa al etnógrafo o al antropólogo teórico no es lo mismo que lo que interesa al clínico, sea este psiquiatra, psicoanalista o psicólogo y adopte o no una aproximación hermenéutica para entender la enfermedad y los síntomas. Si hay algo que separa más nítidamente a estas dos formas de aprehensión de los fenómenos es precisamente esta presencia o ausencia de criterios de discriminación entre lo normal y lo patológico. De hecho, esta divergencia de intereses no es algo exclusivo de la antropología y de la psiquiatría, sino que, y como indicó Max Weber con lucidez, es la distancia que separa a las ciencias sociales de lo que él llamó «ciencias dogmáticas». Hablando sobre el «sentido sociológico» indicó:

«En modo alguno se trata de un sentido *objetivamente justo* o de un sentido *verdadero* metafísicamente fundado. Aquí radica precisamente la diferencia entre las ciencias empíricas de la acción, la sociología y la historia, frente a toda ciencia dogmática, jurisprudencia, lógica, ética, estética, las cuales pretenden inves-

tigar en sus objetos el sentido *justo y válido*. (34) [Las cursivas son del autor].

Aunque en esta cita no se hace referencia a las llamadas ciencias de la salud, la distinción es ciertamente esclarecedora. La necesidad de las ciencias dogmáticas en discriminar entre lo justo y lo injusto, la verdad y la falsedad, lo sancionable y desautorizable, la belleza y la fealdad, en nada se diferencia para nuestros intereses de la disposición de la psiquiatría en distinguir lo normal de lo patológico. Por otro lado, la antropología, al igual que las aquí curiosamente llamadas «ciencias empíricas de la acción», no busca en fenómenos como la enfermedad o el síntoma un sentido patológico, sino en todo caso un sentido «autóctono» que ofrezca otro tipo de información: la forma en que una expresión de malestar responde a un dominio de significados compartidos.

Por esta razón puede entenderse que el síntoma, una palabra cuyo significado etimológico es el de coincidencia, pueda ser estudiado tanto por la psiquiatría neokraepeliniana como por la antropología interpretativa. Sólo que, en el fondo, estamos ante diferentes conceptos y problemáticas. Y es que mientras para unos la relación de coincidencia se establece entre manifestaciones y procesos fisiopatológicos, para otros se produce entre significados y contextos culturales.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) LACAN, J., *Écrits*, Paris, Editions du Seuil, 1966.
- (2) MENNINGER, K., *The Vital Balance*, New York, Viking Press, 1963.
- (3) JACKSON, S., «The Listening Healer in the History of Psychological Healing», *American Journal of Psychiatry*, 1992, 49 (12), pp. 1623-33.
- (4) WILSON, M. «DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: A History», *Am. J. Psychiatry*, 1993, 150 (3), pp. 399-410.
- (5) TAUSSIG, M., «Reification and the Consciousness of the Patient», *Social Science and Medicine*, 1980, 14B, pp. 3-13.
- (6) GOOD, B.; GOOD DELVECCHIO, M. J., «The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice», en EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, Reidel, 1981, pp. 165-196.
- (7) KLEINMAN, A., *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, New York, Basic Books, 1988.
- (8) LOCK, M., «Nerves and Nostalgia. Greek-Canadian Immigrants and Medical Care in Québec», en PFLEIDERER, B.; BIBEAU, G. (eds.), *Anthologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives. Curare*, 1991, Volumen especial 7; pp. 87-103.
- (9) SCHEPER-HUGUES, N., *La muerte sin llanto*, Barcelona, Ariel, 1996.
- (10) KLEINMAN, A., *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley. University of California Press, 1980.
- (11) KLEINMAN, A., *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*, Berkeley, University of California Press, 1995.
- (12) GOOD, B., *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective. Lewis Henry Morgan Lectures*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
- (13) CHRISMAN, N.; JOHNSON, T., «Clinically Applied Anthropology», en JOHNSON, T.; SARGENT, C. (eds.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, New York, Praeger, 1990, pp. 93-114.
- (14) SINGER, M.; BAER, H.; LAZARUS, E., «Critical Medical Anthropology in Question», *Social Science and Medicine*, 1990, 30 (2), pp. V-VIII.
- (15) SINGER, M., «Reinventing Medical

COLABORACIONES

Anthropology: Toward a Critical Realignment», *Social Science and Medicine*, 1990, 30 (2), pp. 179-87.

(16) SCHEPER-HUGUES, N., «Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology», *Social Science and Medicine*, 1990, 30 (2), pp. 189-97.

(17) LOCK, M.; SCHEPER-HUGUES, N., «A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent», en JOHNSON, T.; SARGENT, C. (eds.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, New York, Praeger, 1990, pp. 47-72.

(18) ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1995.

(19) GOOD, B., «The Heart of What's the Matter. The Semantics of Illness in Iran», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1977, 1, pp. 25-58.

(20) ÁLVAREZ, L., *La enfermedad y la cosmovisión en Hueyapan, Morelos*, México, Instituto Nacional Indigenista, 1987.

(21) FREUD, S., *Escritos sobre la histeria*, Madrid, Alianza, 1974.

(22) BREUER, J.; FREUD, S., *Estudios sobre la histeria*, Buenos Aires, Amorrortu, 1985.

(23) GEERTZ, C., *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa, 1987.

(24) PEIRCE, C., *Collected Papers of Charles Sanders Peirce (C.P.)*, Cambridge, The Belknap Press of Harvard University Press, 1966.

(25) ECO, U., *Semiotica e filosofia del lin-*

guaggio, Turín, Giulio Einaudi, 1990.

(26) KLEINMAN, A., *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*, New York, The Free Press, 1988.

(27) DILTHEY, W., *Introducción a las ciencias del espíritu. En la que se trata de fundamentar el estudio de la sociedad y de la historia*, México, F.C.E., 1949.

(28) RICOEUR, P., «The Model of the Text: Meaningful Action Considered as a Text», en RABINOW, P.; SULLIVAN, M. (eds.), *Interpretive Social Science. A Reader*, Berkeley, U.C.P., 1979, pp. 73-101.

(29) HABERMAS, J., *Conocimiento e interés*, Madrid, Taurus, 1989.

(30) POPPER, K., *La lógica de la investigación científica*, Barcelona, Laia, 1985.

(31) RYLE, G., *Dilemmas. The Tarner Lectures 1953*, Cambridge, C.U.P., 1967.

(32) SIMONS, R.; HUGUES, C. (eds.), *The Culture-Bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht, Reidel, 1985.

(33) GEERTZ, C., *Conocimiento local*, Barcelona, Paidós, 1994.

(34) WEBER, M., *Economía y sociedad*, México, F.C.E., 1987.

(35) PIKE, K., *Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior*, París, Mouton, 1967.

(36) KLEINMAN, A., *Social Origins of Distress and Disease. Depression, Neurasthenia and Pain in Modern China*, New Haven, Yale University Press, 1986.

* Ángel Martínez Hernández, Doctor en Antropología Social, Profesor asociado de la Universidad de Barcelona y de la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona).

Correspondencia: Ángel Martínez Hernández, Departamento de Antropología Social, Facultad de Geografía e Historia, Universidad de Barcelona, c/ Baldiri i Reixach, s/n, 08028 Barcelona.

** Fecha de recepción: 13-III-1998.