

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **FELIPE ANDRÉS GÓMEZ CÁRDENAS**, con CC. 171956982-2, autor del trabajo de graduación intitulado: “**ANÁLISIS COMPARATIVO DEL CONCEPTO PSICOANALÍTICO DE ANGUSTIA FRENTE AL CONCEPTO CHAMÁNICO DE SUSTO O ESPANTO**”, previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGO CLÍNICO**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, agosto 2017



FELIPE ANDRÉS GÓMEZ CÁRDENAS
CC. 171956982-2



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

**“ANÁLISIS COMPARATIVO DEL CONCEPTO PSICOANALÍTICO DE
ANGUSTIA FRENTE AL CONCEPTO CHAMÁNICO DE SUSTO O ESPANTO”**

**FELIPE ANDRÉS GÓMEZ CÁRDENAS
DIRECTORA: MTR. MAIA GAMBIS**

QUITO, 2017

INDICE

| | |
|--|-----------|
| INDICE | ii |
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| CAPÍTULO I: EL SUSTO O ESPANTO DESDE LO CHAMÁNICO | 7 |
| I.I La práctica chamánica | 9 |
| I.II Conceptos chamánicos para entender la medicina tradicional | 18 |
| <i>Magia</i> | <i>18</i> |
| <i>Religión</i> | <i>19</i> |
| <i>Éxtasis</i> | <i>19</i> |
| I.III Síntomas y diagnóstico de la enfermedad del susto o espanto desde lo chamánico | 20 |
| I.IV Tratamientos e intervención frente al espanto o susto | 22 |
| <i>La mesa</i> | <i>24</i> |
| <i>Las plantas medicinales</i> | <i>24</i> |
| <i>Los cantos chamánicos</i> | <i>25</i> |
| <i>La palabra chamánica</i> | <i>25</i> |
| <i>La interpretación de los sueños</i> | <i>26</i> |
| CAPITULO II: LA ANGUSTIA DESDE EL PSICOANÁLISIS | 29 |
| II.I Practica psicoanalítica | 37 |
| II.II Conceptos psicoanalíticos para entender la concepción chamánica de enfermedad y salud | 42 |
| <i>Animismo</i> | <i>42</i> |
| <i>Éxtasis</i> | <i>43</i> |
| <i>Religión</i> | <i>43</i> |

| | |
|--|----|
| <i>Magia</i> | 44 |
| II.III Síntomas de la angustia desde el psicoanálisis | 45 |
| II.IV Cura psicoanalítica frente a la angustia | 46 |
| <i>La transferencia</i> | 48 |
| <i>La asociación libre</i> | 48 |
| <i>Los actos fallidos</i> | 49 |
| <i>La interpretación de los sueños</i> | 49 |
| CAPÍTULO III. RELACIÓN ENTRE CONCEPTO DE SUSTO O ESPANTO FRENTE A LA ANGUSTIA | 52 |
| III.I Conceptos psicoanalíticos vinculados con el chamanismo | 57 |
| <i>La formación</i> | 57 |
| <i>La transferencia</i> | 58 |
| III.II Análisis de los métodos de intervención..... | 60 |
| <i>Interpretación de los sueños</i> | 60 |
| <i>Uso de la palabra</i> | 64 |
| III.III Finalidades de la intervención | 66 |
| III.IV El neochamanismo..... | 67 |
| CONCLUSIONES..... | 69 |
| RECOMENDACIONES | 72 |
| BIBLIOGRAFÍA | 73 |

RESUMEN

La enfermedad desde los principios de la humanidad, se ha considerado como resultado del afrontamiento con lo desconocido y misterioso. Frente a este desconocimiento, se han generado distintas formas para enfrentarla. Dentro de sus respectivas realidades sociales y culturales enteramente contrarias, el chamanismo y el psicoanálisis se enfrenta a malestares que sobrepasan lo físico, sugiriendo que estos males que aquejan a las personas no son solo corporales. Para el chamanismo pueden tener causas y orígenes sobrenaturales. Los psicólogos y psicoanalistas basan sus causas en procesos mentales y relacionales. El psicoanálisis se destaca por buscar hacer consciente la verdad inconsciente de cada individuo. De la misma manera que el analista, el chamán guía al paciente por un recorrido hacia su mundo interno, hacia el inconsciente. Frente a estos métodos distintos que solo guardan aparente parecido en cuanto a la búsqueda de curar un mal difícil de descifrar, nos preguntamos: ¿existe una relación más profunda entre las prácticas chamánicas y las psicoanalíticas? Desde la teoría psicoanalítica la angustia es el afecto de displacer más o menos intenso que se manifiesta en lugar de un sentimiento inconsciente sobre un evento traumático real o imaginario. El susto desde el chamanismo, se origina por la atribución de la pérdida del alma a causa de un traumatismo psíquico sobre el organismo en o sobre el sistema nervioso. Centrarnos en el tema de la angustia y el susto es de gran interés por desempeñar un papel central dentro de los métodos de cura de ambas prácticas respectivamente. Al provenir de causas difíciles de discernir, chamanes y psicoanalistas buscan hacer conscientes estos sucesos inconscientes para poder brindar una cura satisfactoria. Con la finalidad de hallar una respuesta a esta pregunta, se trabajara: en el primer capítulo el susto o espanto desde lo chamánico. En el segundo capítulo se estudia la angustia desde el psicoanálisis. Y finalmente, en el tercer capítulo se propone relacionar el concepto susto o espanto frente a la angustia al igual que resaltar otros puntos de relación y diferencia entre ambas prácticas, demostrando como psicoanálisis y chamanismo pueden tener una relación mucho más intensa y compleja.

INTRODUCCIÓN

La salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el estado completo de bienestar físico y social que tiene cada individuo, sin embargo, son diversas las prácticas y métodos que existen para conseguirla. La medicina aborígen o tradicional como también se la conoce en occidente, se fundamenta en un conjunto de prácticas, creencias y conocimientos sanatorios basados en el uso de recursos naturales, terapias espirituales, al igual que de técnicas manuales con el fin de mantener la salud individual y comunitaria. La medicina científica a la cual también se la denomina como medicina occidental, abarca los métodos que se conocen dentro de la práctica médica convencional misma que es considerada oficial en nuestro sistema de salud pública. Suele menospreciarse a la práctica médico aborígen por su naturaleza empírica y características mágico-religiosas en las que se sustentan.

El chamanismo como práctica característica de la medicina aborígen considera a la enfermedad como un hecho social. Para estas personas la enfermedad representa no solo una parte del cuerpo (órgano o sistema) sino a todo el cuerpo en su totalidad. El concepto de enfermedad es globalizado y afecta a la subsistencia de toda la comunidad. Para estas culturas la salud simboliza una extensión ideal de la vida basada en la felicidad y la capacidad de trabajo. La enfermedad aflige a todos los miembros del grupo y es la cultura propia del sujeto la que se encarga de brindar la etiología, diagnóstico y método de intervención frente a estas afecciones. La salud se ve alterada por causas patógenas de entidades sobrenaturales, por factores ambientales y culturales. Gracias a su concepción mágico-religiosa, cuando se habla de enfermedad en la medicina tradicional, las personas tienen el convencimiento del poder de Dios, siendo el quien brinda salud o castiga con enfermedades.

El psicoanálisis dentro de la medicina científica plantea que las personas enferman cuando, a causa de limitaciones externas o una inadecuada adaptación interna, se impide la satisfacción de sus impulsos y deseos sexuales. Este impedimento a la satisfacción de sus pulsiones los llevara a aferrarse a la enfermedad con el fin de

encontrar una satisfacción sustituta sobre la que les ha sido negada. Freud consideraba que esta “fuga” o abandono de la realidad se genera por una “regresión”, un retorno a fases tempranas de la vida sexual donde nunca existió la insatisfacción.

Cada sujeto se constituye desde el momento que es introducido a la colectividad a partir de una estructura familiar formada en relación a un modelo social correspondiente y propio de cada cultura. Al tener una influencia mágico-religiosa tan vasta los pueblos aborígenes con respecto a sus creencias, sus nociones sobre el origen de las enfermedades es variado pero todas las culturas compartirán la idea de que son causados por espíritus o fuerzas divinas. El lenguaje técnico utilizado por el médico científico para explicar lo que les afecta, no tendrá el mismo impacto y resultado que si se utiliza representaciones simbólicas o mitos para explicar las enfermedades como suele hacer el chamán. Al ser el Ecuador un país pluricultural, la explicación de la enfermedad y los problemas que le afectan a cada paciente, deberá tomar otra explicación diferente a la de occidente para que el paciente logre comprender en su lenguaje lo que le aflige.

Siendo la medicina científica el método oficial de salud pública en nuestro país, suele existir cierto recelo por parte de algunos profesionales de la medicina occidental a la hora de trabajar con personas relacionadas con la medicina aborígen, que en su mayoría son gente de campo e indígenas, brindándoles una atención prejuiciosa. Los psicólogos y psicoanalistas son los que brindan una escucha atenta a estas personas marginadas por la práctica científica. Intentando comprender la expresión de sus síntomas que se sustentan en una simbolización mágico-religiosa proveniente de su cultura, ajena muchas veces a la cultura de los profesionales de la salud, los psicólogos buscan vías para la comprensión de estos simbolismos por medio de la escucha indagando soluciones que permitan una mejor atención médica.

Frente a esta situación donde la medicina aborígen y científica buscan relacionarse, cabe preguntarse ¿Qué tan distintos son en realidad estos métodos y sistemas médicos? Poniendo en consideración ciertos aspectos fundamentales de cada

método, se percibe como tanto chamanismo y psicoanálisis son sistemas estructurados por una doctrina de donde cada cultura concibe el proceso de salud-enfermedad e interviene a partir de estas diferentes dimensiones. Su fin es encontrar la salud para poder servir a quienes sufren de algún mal o enfermedad pero a su vez son métodos falibles y limitados.

En cuanto a la formación, Freud mantenía dos posturas importantes para que una persona pudiera convertirse en psicoanalista y obtener un manejo adecuado de esta técnica. A parte del material teórico, es necesario que el aspirante se enfrente a casos clínicos para que pueda aplicar todo lo que ha estudiado. Es sustancial destacar que Freud será insistente en la necesidad de que un psicoanalista se someta a un psicoanálisis para poder ejercer la profesión de psicoanalista. Algo parecido sucede en el chamanismo donde si bien no se imparte el chamanismo en entidades educativas el aspirante a chamán se enfrenta a la enfermedad. Después, al obtener control sobre la enfermedad y curarse a sí mismo, podrá curar a las personas que sufran de esta enfermedad cumpliendo su finalidad como chamán. Por esta forma particular de concebir la iniciación chamánica, a los chamanes se los conoce como “el curador herido”.

El curandero ha permitido a la medicina científica el acceso a un vasto conocimiento sobre el uso de plantas medicinales y ciertos métodos terapéuticos empíricos, pilares de la formación de métodos terapéuticos científicamente orientados. Por otra parte, la medicina científica ha permitido el enriquecimiento de la profesión chamánica del curandero brindándole acceso a descripciones e información sobre enfermedades y malestares corporales más detallados de los cuales no tenían un conocimiento tan minucioso y elaborado. Esta interculturalidad en el área de la salud nos permite mejorar la perspectiva donde cada cultura, conservando su identidad y herencia, puede admitir y acoger paradigmas no propios para una óptima atención de salud.

Al no tener conocimiento sobre la etiología de las enfermedades tradicionales, las interpretaciones y representaciones que les dan a las mismas dificulta el acercamiento por parte de los médicos científicos. Buscar y encontrar las palabras para explicar a los

pacientes lo que los aflige se vuelve una tarea difícil y complica la relación entre paciente y médico. De esto nace el interés por encontrar la relación que sostienen el psicoanálisis y el chamanismo, de la constante referencia de investigadores y profesionales sobre la falta de investigación y estudios acerca de las culturas y pueblos indígenas del Ecuador y de cómo se va estructurando la psique de los miembros de estas comunidades. En nuestro país donde la influencia cultural indígena es bastante amplia y muchas de las enfermedades podrían ser mejor explicadas si se conociera más a fondo el contexto social de donde provienen estos pacientes. De la misma forma, es importante para los chamanes conocer sobre el contexto social en el que se desenvuelven sus pacientes occidentales para poder brindarles una mejor explicación sobre los mitos y símbolos que el cómo chamán maneja.

Tiahoga y Viesca, dos psiquiatras que trabajan los aspectos psiquiátricos y psicológicos del susto, hablan sobre las dificultades que enfrentan a la hora de querer aplicar cualquier tipo de test psicológico. Los resultados que se obtengan pueden no ser fiables al no estar representando la realidad percibida por cada sujeto estudiado sino por como la percibe el investigador. Por esta razón es necesario la inclusión de ciertos elementos que podrán parecer irrelevantes pero que dentro del contexto cultural de otros individuos, tendrán un significado absolutamente distinto al contexto occidental y que podría tener mucho más valor del que suele dársele.

Gracias a los estudios y comparaciones que Tobie Nathan realiza sobre el susto y la angustia desde la etimología de ciertas palabras, cabe preguntarse si ¿la afección de la angustia conceptualizada así por el psicoanálisis corresponde a la afección del “susto” conceptualizada así por el chamanismo? Profundizar sobre la angustia y el susto permitirá comparar la clínica psicoanalítica con el chamanismo para buscar puntos de relación y corte. Podemos pensar que el susto se da como una respuesta socialmente validada frente a situaciones físicas y psicológicas dentro de lo imaginario e ideológico. La angustia se da como una respuesta individual frente a la expectativa de que algo suceda o no. Para la elaboración de este trabajo comparativo se utilizó como

metodología la elaboración de fichas y resúmenes. Las fuentes principales fueron Freud, Nathan, Levi-Strauss, Rank, Poveda, Estrella, Bion.

En el primer capítulo se hablará del “susto” o “espanto” que es considerado dentro del chamanismo como la pérdida del alma. Se trabajará también la forma en la que los chamanes se enfrentan a la misma y las diferentes herramientas que utilizan para la cura como las plantas enteógenas o los cantos chamánicos; dentro de estas se destacará la interpretación de los sueños y el uso de la palabra.

En el segundo capítulo se tratará la angustia al igual que la intervención del psicoanálisis frente a la misma. Freud plantea que la angustia se presenta frente al recuerdo o la presencia de un evento traumatizante para el sujeto, mismo que puede ser real o imaginario, donde la persona llega a experimentar sensaciones de ahogo y estupor hasta el punto de ser paralizantes. También se tratará los diferentes métodos empleados para la cura como lo son la asociación libre, la interpretación de los sueños y la palabra.

En el tercer capítulo se buscará comparar el psicoanálisis y chamanismo. Se hablara de la relación entre el susto y la angustia sobre su sintomatología, su concepto y el abordaje de la cura propia de cada método. Se expondrán los puntos de relación y diferencia entre ambas técnicas, la importancia que las dos le dan a la palabra ya que tanto el psicoanálisis como el chamanismo coinciden en que la comunicación es salud y la incomunicación es enfermedad. Se verá la relación que sostiene en cuanto a la interpretación de los sueños y el uso de la palabra como método de cura.

Con la realización de este trabajo comparativo entre susto o espanto chamánico y la angustia psicoanalítica, podremos demostrar que si bien son dos métodos curativos que en esencia se contraponen, sostienen varios fundamentos y bases que los relacionan más de lo que se puede apreciar a simple vista. Desde la conceptualización de susto y angustia, hasta las herramientas y métodos de tratamiento comprobaremos la relación que chamanismo y psicoanálisis sostienen.

CAPÍTULO I: EL SUSTO O ESPANTO DESDE LO CHAMÁNICO

El susto, síndrome cultural estudiado por diferentes profesionales debido a su controversia y nosografía indígena, es definido principalmente como la pérdida del alma (aunque puede relacionarse a una sintomatología menos exacta, dependiendo de cada cultura). Para el antropólogo Gerardo Fernández (2011) el susto es entendido como la pérdida del “alma”, “espíritu” o “sombra”, este último más común dentro de los Aymara del altiplano boliviano. Explica que utilizan el término “alma” para referirse a los espíritus de los difuntos. El término “sombra” es usado para referirse a las entidades anímicas que todo ser humano posee para sobrevivir. Estas sombras se dividen en tres: el “ajayu” o sombra oscura interior que es la principal y su pérdida implica la muerte; el “animu” (ánimo) o sombra intermedia o semi-oscura cuya pérdida puede provocar una grave dolencia en el paciente; el “kuraji” (coraje) o la más externa y clara, su pérdida tan solo genera un episodio sin mayor importancia, ya que tiende a reintegrarse sin mucho problema. (pp. 133-135)

El antropólogo, Arthur Rubel (1964) sostiene que el susto se presenta tanto en indígenas como en personas no indígenas ya sean ricos o pobres, del campo o urbanos, hombres o mujeres: “el síndrome del susto refleja la presencia en Hispanoamérica de un complejo de rasgos que también se presentan en cualquier otra parte del mundo [...] las almas pueden separarse del cuerpo mientras la persona duerme, particularmente mientras sueña [...] también pueden separarse a consecuencia de una experiencia perturbadora”. (p. 460) Entre los indígenas existe la creencia de que el alma del sujeto fue capturada o espantada porque la persona ha ofendido a los espíritus guardianes de ríos, bosques, animales, etc. y su alma permanecerá cautiva por los guardianes debido a esta ofensa. La enfermedad del susto también puede generarse por un suceso traumático inesperado, una mala noticia, algún tipo de conflicto físico o emocional, o una fuerte impresión que podrían asociarse a la pérdida del alma. (Remorini, Crivos, Martínez, & Aguilar, 2009, p. 519)

De igual forma, Eduardo Estrella (1977) médico e investigador ecuatoriano, establece que es: “un proceso en el cual el individuo pierde su espíritu por una emoción fuerte, “susto”, o por la ruptura de un tabú” (pp. 111-112). Estas “emociones fuertes”, son reconocidas también en los escritos del antropólogo Mario Polia (1989) y manifiesta que “la sombra huida del cuerpo en consecuencia de un accidente natural que produce una intensa traumatización psíquica, no se queda simplemente “fuera del cuerpo” sino cae en poder de las entidades tutelares del lugar donde el “susto” se produjo” (pp. 220-221). A diferencia de Estrella, Polia se refiere a estas “emociones fuertes” como traumas psíquicos que se pueden producir en el paciente por diferentes motivos o factores como lo son: algunos animales como los perros o los caballos que pueden afectar y/o aterrorizar a la persona, los malos espíritus y situaciones de riesgo o miedo.

El antropólogo, Blakely Brooks (2011) plantea la existencia de tres niveles del susto basados en la intensidad de los síntomas: una fase inicial de sufrimiento a la cual se la podría conocer como un susto leve siendo los síntomas menos severos, un estado del susto intermedio o moderado donde el cuerpo presenta perturbaciones y síntomas más comprometidos, y una etapa de susto grave donde los síntomas son muy intensos y que necesitan intervención inmediata. (p. 52) Fernández (2011) dirá que: “El impacto afectivo que propicia el “susto” en cualquiera de los incidentes que lo producen[...] provoca una situación de debilidad en quien lo sufre a través del miedo, circunstancia que posibilita la pérdida de alguna de estas entidades anímicas” (p. 136). Por lo cual se puede apreciar la importancia del miedo y la exposición a situaciones desconocidas o de riesgo y que la persona sufra alguna incapacitación por este encuentro para poder diagnosticar susto o espanto.

Para los fines de este trabajo es importante aclarar que miedo y susto o espanto no son lo mismo. El psicoanalista Ricardo Moscone (2012) define al miedo como;

Emoción que surge si la integridad personal o la vida está en peligro, cuando se tiene un susto, es decir, cuando un estímulo sensorial imprevisto posee la intensidad suficiente como para despertarlo, o al percibirlo en otra persona o grupo; depende de la capacidad para enfrentar la vida, y lleva a adoptar medidas adecuadas para protegerse. Temor, alarma, sobresalto son sus sinónimos (p. 57).

También hablara sobre un miedo disfuncional y dirá que es una emoción que “se produce sin que la integridad de la persona o la vida esté en peligro, pero con una magnitud desproporcionada [...] Puede ocurrir durante el sueño, en cuyo caso se denomina ‘pesadilla’ ”. (Moscone, 2012, pp. 57-58)

Vale destacar que la persona mejor preparada para tratar la enfermedad del susto es el chamán; “esto equivale a decir que el único terapeuta reconocido apto para su curación es el médico de la medicina tradicional, o “maestro curandero”, pues él es el intermediario e interprete carismático del mundo mítico ancestral”. (Polia, 1989, p. 198) Para entender con mayor detalle la afección del susto o espanto y las maneras de intervenir del chamán, es necesario irrumpir en la práctica chamánica y los pilares donde se fundamenta y sostiene este método curativo.

I.I La práctica chamánica

En algunas comunidades del Ecuador y el mundo, el curandero, brujo, hechicero, o mediador de la ira de los dioses cumple el rol de lo que, en el mundo occidental, se conoce como médico. Es portador de un vasto conocimiento sobre los beneficios terapéuticos de las plantas y en algunas ocasiones actúa de traumatólogo, oficio reconocido popularmente en Ecuador como “sobador”. En muchas culturas para poder ser un curandero se tenía que cumplir con algunos requisitos establecidos: “el oficio era hereditario y en ocasiones los individuos más indicados para hacer de curanderos eran aquellos que tenían alguna anomalía física o mental”. (Estrella, 1977, p. 173) Eduardo Estrella (1977), hace referencia a los agentes de salud de cada comunidad aborigen ecuatoriana y explica cómo estas tienen su propio agente encargado de la protección de todos los miembros de la comunidad. Los agentes de salud estaban conformados de la siguiente manera: el hechicero o “Inchuri”, era quien hacía de médico y sacerdote, el brujo o “Sancoyoc”, era quien poseía la habilidad de tratar con los espíritus malignos, el curandero o “Comasca”, hacía de cirujano, chupador o escupidor y por último estaban los “Amautas”, quienes se encargaban de estudiar los secretos médicos y botánicos de vegetales y animales. (pp. 173-174)

Con la conquista española (1539), se genera una nueva organización basada en tres modelos médicos que prevalecen hasta la actualidad en el Ecuador: 1) La práctica médica científica, se generó con la llegada de la medicina española y la creación oficial de la Facultad de Medicina en Quito en 1693; 2) La práctica médica aborígen, comunitaria o tradicional, encuentra su origen en la prehistoria. Se caracteriza por haber intentado mantener las ideas, creencias y prácticas de su tradición popular indígena puras, separándose y manteniéndose remotos a las ideas científicas occidentales dominantes en su región; 3) La práctica médica popular o urbana se crea a partir de la unión de diferentes conceptos y prácticas de la medicina aborígen con la medicina científica española. En otras palabras, es el modelo aborígen que se ha trasladado al medio urbano, dentro del cual, perdió su característica comunitaria, generando paulatinamente la influencia de la medicina científica popularizada (Estrella, 1977, pp. 20-26).

En los últimos años, con la popularización de los métodos ancestrales como medio de cura para las enfermedades de occidente, la práctica médico popular ha crecido notablemente y cada vez son más las personas que ofrecen este tipo de cura chamánica, muchas veces sin que sus practicantes sean verdaderos curanderos. A partir del surgimiento de los estudios del chamanismo por parte de occidente, se volvió más común que las personas que emprenden un viaje al Perú chamanico realizan contacto con las industrias pseudo-chamánicas formadas en el país, y creyéndose chamanes por sus vivencias y experiencias con tambores y plumas, comienzan a predicar esta sabiduría en occidente sin estar al tanto de muchos conceptos, simbolismos y criterios chamánicos necesarios para llevar a cabo una verdadera cura chamánica. Por otra parte, estas industrias pseudo-chamanicas generan muchos peligros para los turistas que se embarcan en aventuras hacia el río Amazonas en busca de una cura o de una experiencia psicodélica con las plantas de los curanderos. Se convierten en presas fáciles de estos charlatanes que podrían perjudicarlos llegando incluso a la muerte. De ahí la progresiva estigmatización de las prácticas chamánicas. (Naranjo, 2000)

Es destacable el aporte de Estrella (1977) cuando menciona la importancia de la medicina indígena precolombina, en relación al impacto que ha generado en la medicina

científica general, sobre todo en relación al descubrimiento del uso y aplicación de las cualidades terapéuticas de diversas plantas. Hasta la segunda mitad del siglo XIX, la Facultad de Medicina de Quito permaneció abandonada. Fue en el período republicano (1830-1859) que a la medicina científica se la comienza a brindar la importancia que tiene ahora, desplazando al conocimiento empírico de la medicina tradicional o aborígen. Con el avance de la medicina científica, la medicina popular urbana se ve apartada y la aborígen sigue su camino propio fortaleciendo sus creencias. (p. 174)

Luego de diferenciar los tipos de medicina en el Ecuador, ubicamos al chamanismo dentro de la medicina aborígen. La palabra “chamán” tiene su origen en la lengua “manchu-tungu”, común entre los pueblos siberianos y de Asia central. A causa de la colonización rusa de Siberia, este concepto se propagó por el resto del mundo. Para estos pueblos siberianos la palabra “tungu” original de “saman” (xaman), deriva del verbo “scha”- saber, por lo que “chamán” significa “alguien que sabe”, “sabedor”, “sabio”. Este conocimiento, o sabiduría, en el lenguaje de los tungus hace referencia de una u otra manera a la maestría de los espíritus de quienes el chamán aprovechará sus poderes introduciéndolos en sí mismo a voluntad, usándolos para su propio interés con el objetivo de ayudar a quienes sufren a causa de enfermedades (Poveda, 1977, p. 22).

La palabra “chamán” ha recibido un gran número de definiciones. Para los antropólogos Mukuink´ y Tukup´ Chiriap (1997, p. 8), un individuo se convierte en chamán para defender, curar y ayudar a las personas que sufren de alguna enfermedad, buscando identificar el mal que aqueja al paciente. Por otra parte, el antropólogo Edward Macrae (1998) considera que el chamán “se encarga de establecer contacto con el mundo sobrenatural, buscando influir en la cura de las enfermedades, servir de oráculo, lograr buenos resultados en la cacería, evitar las catástrofes naturales y organizar ceremonias” (pp. 29-30). En el marco de estas definiciones, la que más se acerca a nuestro entendimiento del rol del chamán para los fines de este trabajo es la siguiente:

Una persona dispuesta a confrontar los más grandes miedos y sombras de la vida física. Y en función de los resultados: Un curador que ha experimentado el mundo de las tinieblas y que ha confrontado sin miedo su propia sombra como lo diabólico de los otros y que puede con éxito trabajar con las fuerzas de la oscuridad y de la luz (Poveda, 1977, pp. 23-24).

Es importante diferenciar las áreas y fronteras del chamán en relación a otras figuras de poder que cumplen funciones similares al chamán. El psiquiatra José Poveda (1977) establece las siguientes diferencias: 1) El estado modificado de consciencia es uno de los medios indispensables para llevar a cabo la práctica chamánica, mientras que, por ejemplo, el sacerdote forma parte de una estructura religiosa jerarquizada por lo cual no necesita modificar su estado de consciencia; 2) Tanto el médium como el chamán afirman tener una relación con los espíritus, ambos generan un estado modificado de consciencia que puede ser buscado voluntariamente o no. La diferencia radica en el control y la relación con el espíritu. El chamán suele ser más enérgico, el caso del médium, suele considerarse que mantiene un contacto menos activo y más adaptado con los espíritus; 3) El curandero se muestra, como aquel que es capaz de tratar enfermedades generalmente temidas por las personas a las cuales la medicina científica aún no posee métodos terapéuticos más eficientes. Al chamán se lo puede considerar un curandero, pero no todo curandero puede ser considerado chamán. El chamanismo ante los ojos de muchos investigadores, en especial ante los antropólogos, es visto como un fenómeno arcaico y mágico-religioso donde la figura central se caracteriza por ser maestra en el arte del “éxtasis”. (pp. 24-32)

Varios profesionales han estudiado las diferentes maneras en las que un individuo se forma y se convierte en chamán, mostrando que por lo general este papel es principalmente ejercido por hombres. Son pocas las culturas en donde las mujeres pueden, conocen, manejan y comparten los poderes del chamán. Es de creencia popular que los poderes de los chamanes son adquiridos ya sea por vocación, voluntad de agentes sobrenaturales, por herencia, o por haber enfrentado la enfermedad y haber salido airoso. (Estrella, 1977)

Edward Macrae (1998), luego de realizar varias entrevistas a chamanes del culto del “Santo Daime” en la amazonia del Brasil, explica que el chamán recibe sus poderes por medio del contacto con espíritus. La iniciación consta de un periodo de aislamiento, abstinencia sexual y una dieta inflexible. Este riguroso proceso se ve acompañado de la

utilización de preparados elaborados con la corteza de ciertos árboles y tabaco lo que le permite comunicarse con este mundo espiritual. La iniciación por lo general se da por medio del uso de tabaco y “ayahuasca” o “natem”, bebida enteógena usada por el chamán para entrar en estados alterados de consciencia. Será la disposición y resistencia del individuo frente al arduo entrenamiento lo que determinará su grado de desarrollo y su éxito en futuras prácticas chamánicas. (p. 30)

E antropólogo Michael Harner (1978), hace una referencia al “tsunki”, considerado el primer chamán mitológico aún con vida, habita las profundidades del agua y vive en una casa con paredes de anacondas en pie, usanso una tortuga de asiento. Es descrito como un hombre de tez blanca y pelo largo, y la capacidad de convertirse en anaconda. (p. 144) Mukuink´ y Tukup´Chiriap (1997) también hablan de los tsunki o gente del río del pueblo Achuar. Cuando se genera un encuentro con un tsunki, éste aparece posteriormente en sueños amigablemente y si una persona le dice, “quiero convertirme en chamán”, el tsunki le enseña. El poder del tsunki funciona en el mundo onírico, siempre cura en sueños y sana a la persona que sufre, sintiendo la pena del enfermo como propia. Al sanar y recobrase de sus males y a partir de su experiencia, intentarán curar males parecidos a través del conocimiento que los pacientes obtuvieron de los mismos. (pp. 25-26)

Almendro (2008), habla de un viaje iniciático chamánico y es en donde nuestra investigación hará hincapié. Esta iniciación se da por lo general en la adolescencia o juventud; en algunos casos el aprendiz es detectado antes de su nacimiento, incluso se le espera ya con ciertos preparativos. Almendro plantea que la enfermedad misma es el camino que guiará al conocimiento terapéutico. Esta enfermedad y su curación se pueden aprehender en cuatro momentos: 1) La situación previa. Es el momento en el que puede generarse la aparición de una experiencia desacostumbrada o de alguna especie de signo físico extraño o singular en un individuo; 2) La llamada. El hecho de sentir una llamada interna será la primera señal de que el individuo es apto para convertirse en chamán. El aprendiz tendrá que aceptar el llamado y deberá disponerse a llevar a cabo su destino buscando un chamán que le enseñe. Es una llamada de los

“espíritus” y se puede producir de diferentes maneras: a) por medio de una enfermedad (está claro y muchas veces ha sido evidenciado que para aprender algo lo mejor es experimentarlo intensamente, practicarlo o sufrirlo); b) la llamada chamánica familiar; c) las llamadas atribuidas a los espíritus. Una llamada puede ser ansiada por el sujeto sin necesariamente llegar a concretarse; 3) La crisis. Se manifiesta a partir de signos psíquicos y físicos particulares y excepcionales reconocibles solo por un chamán experto; 4) La curación como conocimiento. Tener la capacidad de curar es el fin principal del nuevo chamán. Su emergencia representará el momento en que la persona se convierte en un ser de conocimiento; aquel que ha ido y ha regresado curado después de una evolución y de un cambio profundo. Dentro del chamanismo la palabra “cura” se adhiere a la perfección con la palabra “conocimiento”, demostrando una simetría interesante entre ambas. El conocimiento puede ser visto como un fin, una meta en sí mismo, su valor adquiere equilibrio cuando se lo combina con el sentimiento. (pp. 41-55)

Mukuink´ y Tukup´ Chiriap (1997) al tratar de explicar cómo las personas pueden convertirse en chamanes en la actualidad, hacen referencia a una entrevista realizada a un chamán achuar a lo que respondió que no está seguro de quien puede ser chamán, explica que si la persona tiene el deseo de ayudar a las personas puede ser chaman, pero quien no lo tenga nunca llegara a serlo. Si la persona es valiente para soportar el arduo proceso de formación y no persiste, se convertirá en curandero. (p. 13). Vemos como la iniciación chamánica tiene algunos procesos indispensables para todas las tribus lo que hace de esta práctica algo universal. Es preciso, en todas las culturas, haber experimentado la enfermedad, someterse a un riguroso entrenamiento de abstinencia, dieta y aislamiento, y tener el deseo de curar a través de la experiencia vivida.

Dado que la medicina aborígen se ve plenamente influenciada por la cultura en cuanto a los conceptos de magia y religión, la explicación que dan los humanos aborígenes a la realidad, se ve influenciada por juicios sobrenaturales, mismos juicios que lo llevan a tener una concepción mágico-religiosa de las enfermedades, su intervención y cura. Sobre las concepciones mágico-religiosas de la salud y la enfermedad, Macrae (1998) escribe que:

En muchas partes del mundo donde predominan las concepciones mágico religiosas al respecto de la salud y la enfermedad, los aspectos que se toman en cuenta cuando alguien enferma son diferentes de las preguntas formuladas por la medicina occidental. Mientras ésta intenta comprender como ocurre la enfermedad, cómo se desarrolla y se transmite, entre los devotos del pensamiento mágico, lo que interesa es saber por qué alguien fue atacado por determinado mal (p. 51).

Pero, ¿qué es la enfermedad para la gente del campo y la medicina aborígen? Los etnólogos y antropólogos Patrice Bidou y Michel Perrin (1988) explican que la enfermedad es la alteración o salida del alma, por lo cual, curar una enfermedad para el chamán, se basa, sobre todo, en reconstruir el alma o hacerla regresar (p. 7). En su texto, Estrella (1977) plantea que:

La enfermedad es el resultado de la relación entre lo interno y lo externo; lo interno está dado por sus conceptos acerca de la naturaleza y el hombre, por el grado de adquisición de la ideología dominante; y lo externo, por determinadas condiciones del medio ambiente. Lo interno y lo externo se relacionan dialécticamente y solo los podemos separar por afán analítico. El campesino piensa de acuerdo a como es su vida práctica, su realidad y también de acuerdo al grado de su alienación (p. 67).

Poveda (1977) mencionará que las enfermedades se generan por un desajuste que se puede producir de diferentes maneras: intrusión de espíritus u objetos mágicos, pérdida del espíritu, del alma, o de un animal de poder que hace sus veces de protector individual, ruptura de un tabú o regla del grupo que produciría una de las dos situaciones mencionadas con anterioridad, y la participación de un chamán para producir algún tipo de intromisión o pérdida. Como se puede observar la enfermedad tiene un carácter espiritual siendo esta dimensión algo esencial en el modelo chamánico, que no parece ser importante en el modelo científico (p. 45).

El conocimiento médico aborígen maneja factores de origen natural y sobrenatural de las enfermedades las mismas que no se presentan de manera aislada o unilateral. Ambas generan una correlación mutua. Las enfermedades de la medicina aborígen se dividen en dos grandes grupos: las enfermedades de Dios por un lado y las enfermedades del campo, mágicas o del alma, por el otro. Las “enfermedades de Dios”, de la cual su etiología es natural, se caracterizan por ser enfermedades que atacan al cuerpo y cuyo origen es poco conocido. Al ser deber del curandero conocer y estudiar

las enfermedades que describe la medicina tradicional; “el campesino es consecuente con sus creencias y le reserva a Dios la posibilidad de castigar con un mal corporal pero no de hacer daño al espíritu; esto último es obra de los demonios o de personas envidiosas” (Estrella, 1977, p. 162).

El diagnóstico se forma en el interrogatorio, observación de signos y síntomas como punto de referencia y un importante examen visual de las secreciones, orinas, heces, etc. El tratamiento dependerá de la enfermedad que se presente y por lo general consiste en brebajes con plantas medicinales como la valeriana o la manzanilla, entre otras. Dios aparecerá únicamente en el momento del tratamiento si la persona es devota creyente. Dentro de las enfermedades de Dios se encuentran: los problemas del aparato digestivo como son la diarrea, el cólico, la indigestión, etc.; enfermedades del aparato respiratorio como la pulmonía, bronquitis, gripe, etc.; enfermedades del corazón; enfermedades del sistema nervioso como el espasmo o la locura; enfermedades del aparato urinario y las enfermedades de la piel. Cuando el curandero no sabe cómo tratar el mal, o el paciente no parece estar reaccionando al tratamiento y su condición empeora o se mantiene, el chamán recomienda que se lo lleve al médico o al hospital ya que la persona podría morir. (Estrella, 1977, p. 164)

A la medicina aborígen se le ha complicado mucho el dar explicación a ciertos males y enfermedades que puede llegar a sufrir el paciente por lo cual recurre a explicaciones mágico religiosas para estos males que generan malestar en la persona. Las “enfermedades del campo, mágicas o del alma” son las enfermedades cuya etiología es sobrenatural y sin razón aparente. Su origen está dado en creencias comunitarias sostenidas tradicionalmente y se ubican dentro del saber aborígen. Por lo general el chamán realiza el diagnóstico de estas enfermedades a partir de su experiencia, observación de síntomas o por un proceso indagatorio. (Estrella, 1977, pp. 107-108)

Macrae (1998) destaca otro tipo de causas de estas enfermedades como las entidades espirituales por ejemplo, ya que su relación con el mundo del hombre suele ser percibida como hostil y peligrosa. Por los procesos de urbanización actualmente es

más común atribuir los males a otras personas que recurren a los servicios de un especialista en hechicería, u ellos mismos realizan el acto. (pp. 51-52) Si no se encuentra una cura para el mal de la persona, se considera que la persona ha sido embrujada o hechizada con algún mal espíritu, por lo cual es necesario descubrir que persona contrató al hechicero para realizar la brujería y de esta manera poder buscar una cura.

Siendo un trabajo que se ha visto realizado en todas partes del mundo, es necesario generar una distinción entre chamanismo y chamán. Habrá que entender primero que no todos los actos del chamán son actos chamánicos esencialmente. Que sujetos no chamánicos como los curanderos populares o urbanos, pueden utilizar y/o desarrollar labores relacionadas a partir de esas técnicas. Lo que distingue al chamanismo del chamán radica en la capacidad del chamán de ingresar, a manera voluntaria o inducido por medio del uso de psicotrópicos y plantas medicinales, en un estado modificado de consciencia con un fin terapéutico y en la búsqueda de conocimiento. (Poveda, 1977, p. 33)

Según Estrella (1977), las personas viajan a las ciudades donde se encuentran con centros productivos a nivel urbano, dejando atrás y en manos de otros campesinos la producción agrícola y el trabajo artesanal. Al tener una nueva concepción y visión sobre la medicina científica, a pesar de ser nuevo y desconocido para muchos campesinos e indígenas, aceptando su poder curativo, confían en que este método les ayudara a sanarse. A medida que se van comprometiendo con el mundo de la salud pública, campesinos e indígenas, comienza a sentir que no se les toma en cuenta al no recibir respuestas sobre lo que les pasa por parte de los profesionales de salud o las explicaciones que les brindan no son del todo comprensibles. El trato que les brindan es diferente al que reciben pacientes de otras clases sociales y lo que debería ser un derecho para ellos, el poder acceder con la misma facilidad a la atención médica, se convierte en una obligación o en una caridad para los profesionales que trabajan en las instituciones públicas. (pp. 24-26) Es motivo por el cual muchas personas del campo e indígenas optan por regresar a su medicina ancestral.

No son solo las personas de las zonas rurales las que recurren a esos curanderos en busca de sanación. Muchos habitantes urbanos, al tener más conocimiento sobre estas prácticas ancestrales por la difusión de las mismas en los últimos años alrededor del mundo, viajan a los lugares más recónditos del Amazonas buscando esta medicina ancestral con el fin de encontrar algo que alivie sus males o sufrimientos (Almendro, 2008, p. 52). No obstante, es importante recordar que la medicina científica ha tomado muchas cosas de la medicina aborígen, como la utilización de plantas medicinales permitiendo de esta manera un mejor desarrollo de la práctica médica popular mostrando una brecha donde ambos métodos pueden coaccionar y existir. (Zuluaga, 2006)

I.II Conceptos chamánicos para entender la medicina tradicional

Dentro de la medicina aborígen chamánica existen varios conceptos importantes que explican la concepción salud-enfermedad de la misma. La magia, la religión y el éxtasis serán los que destacaremos a continuación.

Magia

El campesino, según Estrella (1977), es capaz de usar su pensamiento lógico concreto para poder abstraer el contenido necesario de su mundo elaborando de esta manera conceptos, producir juicios de valor y obtener conclusiones. Pero cuando se trata de hallar una explicación causal o natural a ciertos fenómenos y no se la encuentra recurre a ciertos elementos mágico-simbólicos para explicarlo. Esto es algo que sucede también con las enfermedades ya que sus orígenes, su presentación brusca, agravamiento y desarrollo generan temor y confusión, por lo cual surgen etiologías sobrenaturales. Con la magia, el campesino busca proyectar sus contenidos psíquicos en el mundo objetivo (p. 70).

Atado a la magia está el concepto de “Maná” que es “un poder que subyace en ciertos objetos y fenómenos que pueden generar enfermedad mediante ‘emanaciones’. El cerro, la quebrada, un animal, puede generar un poder que se materializa en una

emanación y que causa enfermedad” (Estrella, 1977, p. 72). En otras palabras, el maná es una especie de energía que puede ser transmitida a otras personas u objetos generando afecciones y enfermedades.

Religión

Para los campesinos y en general para la medicina aborigen, los estados de salud y enfermedad de las personas dependen en su gran mayoría de la voluntad divina, la misma que puede ser castigo, una prueba, un estado de purificación o de cercanía a Dios. El pecado genera una acción patógena ya sean estas faltas contra Dios, el prójimo, la iglesia, sacerdotes, incluso hacia uno mismo. Suele pensarse en un origen sobrenatural de las enfermedades por tener a Dios como el autor directo del mal, o a ángeles y demonios como sus voceros. (Estrella, 1977, pp. 73-74)

Éxtasis

El éxtasis es definido por Poveda (1977) como un estado psicológico caracterizado por una sensación de absorbente admiración, alegría, de abstracción, e incluso de enajenación. Con una perspectiva teológica se lo puede ver como un estado de cercanía a Dios, lo divino, a través de la contemplación y el amor vividos íntimamente. Poveda clasifica al éxtasis en cuatro grupos: 1) éxtasis místico y profético, 2) éxtasis chamánico, 3) éxtasis sexual y 4) éxtasis producidos por sustancias. Dentro de esta clasificación se destaca al éxtasis chamánico que se caracteriza por tener un fin terapéutico anterior al trance y que actúa como conductor de la experiencia. (pp. 29-31)

El antropólogo Heinz Hampejs (1992) escribe que “el éxtasis shamánico representa, por consiguiente, tanto un medio excepcional para la propia autocompensación de los iniciados como, a la vez, el medio eficaz para curar trastornos de la salud” (p. 15). En otras palabras, el chamán usa el éxtasis y los estados modificados de consciencia tanto para conocer el origen sobre la enfermedad y el mundo chamánico, al igual que para entender cómo curar y enfrentar las enfermedades.

I.III Síntomas y diagnóstico de la enfermedad del susto o espanto desde lo chamánico

Dentro de la sintomatología del susto o espanto, existen muchos indicios que se presentan con la enfermedad. Estrella (1977) es muy puntual cuando expresa que la persona, en el espanto, esta emocionalmente alterada, irritable, susceptible y con algunos trastornos del sueño, seguido de cuadros de astenia, falta de apetito, diarrea y vómito, que pueden generar desnutrición y deshidratación. (p. 114) Brooks (2011) genera una distinción entre síntomas físicos y síntomas clásicos o populares. Como síntomas físicos destaca la fiebre, vómitos, dolores del cuerpo y cabeza, falta de apetito y energía, trastornos de sueño, sentimientos intensos de miedo y pánico, depresión y fatiga física. Como principales síntomas clásicos o populares destaca una sensación de estar seco, estado donde la sangre y otros fluidos se van perdiendo en el cuerpo parecido a un estado de deshidratación, saltos y movimientos involuntarios en las etapas del sueño como espasmos y estados alterados de consciencia (pp. 87-88).

Tobie Nathan (1994) habla sobre los “Quechuas” en Perú y dirá que para esta cultura el susto sostiene como síntomas: la pérdida progresiva de funciones físicas, depresión, comportamiento de aislamiento, anorexia, insomnio, espasmos musculares en el sueño, crisis de miedo y pánico. Para esta cultura la captura del alma del sujeto por la tierra o por alguna divinidad es muy frecuente. (pp. 225-226) Carlos Viesca y Tiahoga Ruge (1983), buscan brindarle al susto una sintomatología médica y dirán que aunque el “asustado”, no sea en realidad un psicótico, en casos individuales, se pueden presentar síntomas de algunas de las psicosis reconocidas por la medicina, y que sin que el “asustado” sea inevitablemente un neurótico, puede presentar una sintomatología bastante exuberante. A partir de esto establecen la dificultad de establecer una relación entre enfermedad mental y susto. El problema se encuentra en el lenguaje descriptivo-analítico con el que la medicina científica aborda la enfermedad a diferencia de uno mágico-religioso propio de la medicina aborigen. Aunque se dificulta mucho encontrar realmente una explicación a la sintomatología del susto podemos ver que existe cierta

relación con algunos síntomas donde los ataques de pánico y el miedo intenso son los que más sobresalen como comunes. Tiahoga y Viesca afirman la necesidad de integrar un pensamiento mágico-causal al pensamiento descriptivo-analítico del pensamiento médico científico ya que solo de esta manera se podrá tener un mejor entendimiento y manejo de las enfermedades del campo y la medicina aborígen. (p. 477)

Para el diagnóstico se genera una especie de interacción inicial entre el chamán y el paciente en la cual se detallará la causa del suceso en específico y ambos llegarán a un acuerdo sobre la misma. (Rubel, 1964, p. 461) Al final, será el chamán quien a través del diagnóstico de una persona con susto determinará la causa de las enfermedades que se muestran en el cuerpo y es gracias a las afirmaciones de la persona afectada que las causas serán confirmadas. El susto puede ser auto diagnosticado de inmediato por la persona que lo sufre, sin embargo será siempre el chamán quien lo confirme y determine la gravedad del asunto. (Castaldo, 2004)

Estrella (1977) planteará algunas formas de rituales para diagnosticar el susto sobre todo en niños por parte de los chamanes mismos que se basan en mitos y simbolizaciones. Algunos utilizan un “cordón o cinta” para medir la circunferencia de la zona abdominal de la persona a la altura del ombligo marcando la medida. Posteriormente se consume una oración y vuelven a medir. Si la medida es más grande que la primera se considera que la persona está espantada, si la circunferencia no cambia se considera que es una enfermedad de Dios. Otros chamanes diferencian el espanto del “mal ojo” por el famoso “pase del huevo” gallina alrededor de todo el cuerpo de la persona afectada para posteriormente romperlo depositando el contenido en un vaso con agua. Si es mal de ojo las burbujas cristalinas del huevo se levantarán, si es espanto aparecerá por encima una sombra blanca. También es muy común el diagnóstico por medio de la utilización del “cuy”. De la misma manera que el huevo, la limpia con el cuy se realiza con un cuy blanco y tierno, se lo friega en zonas homogéneas del paciente como por ejemplo espalda con espalda, cabeza con cabeza. Debido a la manipulación y proceso el animal muere, posteriormente se lo abre para poder realizar un examen de sus vísceras y verificar la presencia o ausencia de la enfermedad. (p. 115)

I.IV Tratamientos e intervención frente al espanto o susto

Las formas de intervención y tratamiento son variadas y cada curandero tiene su método particular pero el objetivo, para todos los chamanes, es el de traer de vuelta al espíritu del paciente y reintegrarlo a su cuerpo. En sus escritos, Polia (1989) habla sobre la “llamada de la sombra” como método de tratamiento frente el susto y la define como “un conjunto de operaciones rituales terapéuticas ejecutadas con el fin de reconducir al cuerpo la sombra raptada por acción autónoma de espíritus o como resultado de magia negativa o amorosa” (p. 225). Este proceso de la llamada se da de diferentes maneras en diferentes culturas. Brooks (2011) habla de un ritual en el cual el chamán utiliza una vasija de barro que ha estado en posesión del paciente por algunos días al igual que una prenda del enfermo. Estos dos elementos serán utilizados para atrapar el alma que será “traída por el viento” y quedara encerrado en la vasija de barro. Inmediatamente el enfermo tiene que abrir la vasija e inhalar su alma de vuelta al cuerpo. (p. 52)

Polia (1989) aclara también que este proceso se da, por lo general, al brindar ciertas ofrendas preparadas a los espíritus, invocación de los mismos u ofrendas que substituyan la sombra de la cual se pide su restauración. Una forma particular de ofrendar es el “entierro” donde, si es mujer, se entierra un cuerno de vaca, y si es hombre, un cuerno de toro junto a diferentes semillas, carbón, sal, orinas y heces del paciente, realizando todo este ritual en el lugar donde la persona se ha espantado. La llamada de la sombra se da siempre en la noche y sin ruido, en silencio. (pp. 225-226) Estrella (1977) hará cierto énfasis en la importancia del lugar donde ha ocurrido el espanto, pues va a tener un gran valor a la hora de realizar el ritual de la cura: “muchas veces el ritual curativo del espanto se debe hacer en el mismo sitio donde se produjo el susto. Se lleva al paciente hasta el lugar, o va solo el curandero, el cual viene “llamando y llamando y haciendo adelantar” al espíritu. El paciente no debe regresar por el sitio donde tuvo el susto una vez que ya haya conseguido curarse ya que el trastorno podría repetirse (p. 116).

Por otra parte, Rubel (1964), expone detalladamente un método más meticuloso de tratamiento para el susto en el cual también tiene un papel importante el lugar donde ocurrió el susto:

Después del diagnóstico, según Sal y Rosas, el enfermo se tiende en una cama o sobre una manta en el piso y junto a él se pone una mezcla de pétalos de flores, hojas y harinas o maíz. La curandera bendice la mixtura y la aplica sobre el cuerpo del enfermo, comenzando por la cabeza, bajando por las piernas, hasta los pies. Luego el oficiante lleva la mixtura envuelta en una prenda del enfermo al lugar donde se produjo el susto. En el trayecto va derramando en una línea, pétalos, hojas y harina a fin de señalarle al alma el camino de regreso al cuerpo. También lleva aguardiente, cigarrillos y hojas de coca y los ofrenda en el sitio del susto para propiciar el regreso del alma. Después toma la camisa del enfermo y la agita en el aire para atraer la atención del alma. Al volver a la casa del enfermo, el curandero sigue cuidadosamente la línea de pétalos, hojas y harinas y sujeta la camisa de manera que se vea y el alma no tenga dificultad de encontrar el camino. (p. 469)

Si el caso llega a ser más severo, se suele utilizar el mismo método de friccionar el cuy con la persona sin matarlo para después ofrendarlo en el lugar donde se dio el susto a cambio del alma de la persona.

La influencia del catolicismo en la medicina aborigen se puede ver reflejada con el uso de la señal de la cruz, pero con otro fin curativo. La señal de la cruz, con sal o tierra del lugar, “sirve como ícono demarcador entre el dominio de la naturaleza y de la cultura. La cruz signa a la “persona” para diferenciarlo del “loco” (asustado extremo), el ser dominado por el caos y la anomia social que afecta a los “saxras” del Altiplano” (pp. 137-138). Para estas culturas, el “loco” era la manifestación extrema de la pérdida del ánimo, donde la persona se comporta como un ser desorientado en cuanto a las normas del grupo.

Existen diferentes tipos de tratamientos, intervenciones y usos de herramientas chamánicas para llevar a cabo el ritual de curación que se emplean para tratar varias enfermedades y además del espanto. Dentro de estas existen técnicas y herramientas comunes a todas las culturas. Destacaremos: la mesa, las plantas medicinales, los cantos chamánicos la palabra chamánica y la interpretación de los sueños.

La mesa

Dentro de la práctica chamánica existe un ritual muy particular en el cual el chamán entra en una sala oscura, se acerca al centro de la sala y extiende una manta donde colocara todos sus “espíritus auxiliares” y sus objetos de poder que le ayudarán en el proceso de la cura. A este espacio se lo conoce como “la mesa”. La mesa es considerada como el ritual chamánico central, es tranquila y por lo general dura toda la noche. En un espacio oscuro el chamán se encarga de guiar la sesión con los sonidos y silencios de su canto. Es dentro de este espacio, generado por sus propias invocaciones, que el curandero realiza sus labores. Elizabeth Kreimer (1988) dira que:” Para los chamanes nortños la palabra *mesa* designa no solo el ritual, el área física y el tiempo de duración en el cual sucede, sino también el tiempo ancestral representado en sus objetos rituales”. (p. 156)

Las plantas medicinales

La implementación de compuestos psicoactivos principalmente con el fin de encontrar contacto con lo divino o la búsqueda de una cura, se ha dado históricamente en varias regiones del mundo. En tribus amazónicas se da el uso de preparados a base de plantas psicoactivas en función de sus prácticas religiosas y culturales:

De todas esas plantas, la que tiene un uso más difundido es la *Bannisteriopsis*, cuyas variedades *caapi*, *quitensis*, e *inebrians* son utilizadas en la preparación de la *ayahuasca*. [...] Más allá de buscar sus efectos medicinales, los indios de la Amazonia dicen tomar *ayahuasca* para conocer el “mundo verdadero”, o el mundo de los espíritus de donde vienen todos los conocimientos (Macrae, 1998, p. 39).

El preparado de ayahuasca es uno de los compuestos activos más fuertes y utilizados por la medicina aborigen, aunque existen otros compuestos como la “datura” o la “mezcalina”. Los curanderos recurren a la ayahuasca para encontrar respuestas sobre enfermedades y el mundo que lo rodea al igual que a manera de “limpia”. (Macrae, 1998, p. 59)

Los cantos chamánicos

En su texto el antropólogo Juan Múnera (1988) habla de un lenguaje extático haciendo referencia a dos niveles complementarios; el primero hace referencia a un estado modificado de conciencia, siendo una herramienta de comunicación no convencional, buscando establecer contacto con dimensiones no ordinarias; el segundo hace referencia a la habilidad de poder producir cánticos y dicciones de una lengua sagrada y secreta, cuya herencia es de los chamanes. (p. 119). El antropólogo Joel Sherzer (1988) expondrá que “el arte verbal de los cantos shamánicos tienen como fin producir ciertos efectos –curar a personas enfermas, aconsejar y dar vida a plantas medicinales, adquirir y aumentar habilidades, efectuar actos poderosos– y en ese sentido podemos hablar de la magia, una magia verbal” (p. 52).

Estos cantos como lo explica Kreimer (1988), tienen como función principal activar las fuerzas que van a estar en juego dentro de la ceremonia ayudando al chamán. Estas fuerzas provienen de centros de poder chamánico lejanos, de los objetos rituales y de las plantas y piedras que forman parte de su mesa (p. 157). Los cantos o himnos chamánicos, según Macrae (1998) “son versos musicalizados simples, considerados como ‘recibidos’, por una persona a través de la captación divina” (p. 74).

La palabra chamánica

El uso del lenguaje y la palabra es de vital importancia para las prácticas chamánicas, y así lo destaca Kreimer (1988) cuando escribe que “considerando a sus palabras como instrumentos de poder, los chamanes las guardan celosamente. [...] Las palabras transmitidas de generación en generación son además la herencia de cada linaje y el seguro de subsistencia de este” (p. 171).

A pesar de considerar a las palabras como una herramienta de gran poder dentro de la práctica chamánica, llega cierto momento en la formación del chamán en la que puede dejar de lado la necesidad de usar y recurrir a estas. Se considera que con el

tiempo y la práctica, el poder que le otorgan a las palabras es absorbido por los chamanes el cual puede ser usado a voluntad. Esta noción de poder dejar de lado el uso de la palabra se considerada dentro de la práctica chamánica, como signo de depuración del poder. En esencia, este poder para los chamanes es el manejo de “energía”, energía que se encuentra en todo nuestro alrededor. Cuando se consigue este poder, se vuelve menos indispensable el uso de la mesa y las melodías, ya que el poder de las mismas ahora se encuentra dentro del chamán. (Kreimer, 1988, p. 174).

Viviendo en una comunidad rodeada de tabúes, es normal que los campesinos no tengan las herramientas necesarias, ni la libertad para poderse expresar libremente por miedo a romper una regla o pecar; esto los lleva a ocultar sus emociones, reprimiendo sus deseos y pensamientos hasta enfermar y buscar la cura; “la idea de que la comunicación es salud y la incomunicación enfermedad, esta muchas veces presente en este modelo. Por ello, estar en armonía con los seres humanos y la naturaleza es visto como una meta y un modo natural de prevenir una enfermedad” (Poveda, 1977, p. 46).

La interpretación de los sueños

El valor que el ser humano le ha dado a los sueños es casi tan antiguo como su propia existencia en la tierra y para cada civilización los mismos tenían diferentes simbolizaciones e interpretaciones. Los sueños siempre han mantenido un rol importante en las civilizaciones por la común creencia de que, cuando el cuerpo está dormido, es cuando el alma sale y descubre lo que va a suceder en la vida del despierto. Hoy en día gracias a los avances científicos y el estudio más elaborado de los sueños ha permitido brindarle nuevos y diferentes significados e interpretaciones a los mismos; “[...] es claro que en la cultura occidental hay varias formas de interpretar los sueños [...] hay diferentes clases de sueños, unos que son frutos del cuerpo físico, otros del inconsciente y otros que son sueños premonitorios” (Mukuink´ & Tukup´ Chiriap, 1997, p. 75). Cada cultura influenciará en la manera que las personas perciban la interpretación de los sueños, ya sea como una parte del inconsciente, ya sea como una forma de predecir el

futuro. Los sueños y su interpretación tienen una gran importancia en casi todas las culturas alrededor del mundo.

Dentro del Ecuador para la cultura Achuar el sueño y su interpretación tiene un papel muy importante en las situaciones que ocurren en el diario vivir. Dentro de esta cultura existen diferentes tipos de sueños e interpretaciones. Por lo general cuando el sueño carece de contenido simbólico se muestra opaco e incluso oscuro y la persona recuerda poco del sueño; por otra parte, si el sueño es importante simbólicamente, la persona verá el sueño muy claro y nítido y lo recordará completamente en la mañana. También existen dos tipos de sueño, los sueños normales y los sueños provocados: “Existen los sueños normales, o sea aquellos que se tienen en la cama, cuando se duerme sin la ayuda de plantas psicodélicas; y existen otros sueños que son provocados porque se ha tomado el jugo de las plantas psicodélicas precisamente para soñar y así conocer el futuro y recibir poderes” (Mukuink´ & Tukup´ Chiriap, 1997, p. 78)

A partir de esta distinción, podemos hablar más claramente sobre el papel que tiene dentro de la curación los sueños y su interpretación. Se suele mantener la creencia dentro de los Achuar que el Tsunki aparece en los sueños como una persona salida del río que se ofrece para curar el sufrimiento y el mal de las personas: “cuando el enfermo acepta, Tsunki le cura y hace igual que el chamán, sigue el mismo método de curación. Te sopla en la cabeza o en las manos. Después de que el enfermo ha sido sanado por Tsunki, al día siguiente se siente mejor y la mejoría sigue hasta recuperar totalmente la salud. Esto es la curación de Tsunki” (Mukuink´ & Tukup´ Chiriap, 1997, pp. 61-62). Aparte del poder del Tsunki para curar, se cree en el espíritu de las plantas, especialmente por medio de floripondio que induce el sueño; “en esta forma de curación, el enfermo coge una rama de floripondio y se frota con ella o se pone como emplasto según sea la forma de curarse. Luego a la noche viene una persona como médico de la cultura occidental y le da remedios o le pone una inyección y en esta forma el enfermo se sana” (Mukuink´ & Tukup´ Chiriap, 1997, p. 62)

El sueño y su interpretación cumplen una función social ya que colaboran con su supervivencia. Al conocer las cosas que pueden acontecer, la gente de la comunidad se prepara para estas situaciones y las enfrenta de la mejor manera. Hay sueños que les avisan o les entregan poder sobre algunos acontecimientos y de esta manera pueden evitar daños y prejuicios. (Mukuink´ & Tukup´ Chiriap, 1997, p. 79)

Los sueños se sustentan en una gran variedad de mitos sociales como lo sostienen Mukuink & Tukup´Chiriap (1997). La gente “Dene-tha” del Canadá piensan que en sueños reciben noticias de quienes van a reencarnar en su grupo. Los “Beavers” al ser cazadores sueñan con la cacería buscando poderes a partir de los sueños, algo que comparten con los Achuar ya que ellos también sueñan con la cacería y buscan poderes por medio de los sueños. Los “Siux lakotas” usan la palabra “wakan” para referirse al alma o espíritu, esta cultura piensa que ciertos wakan de algunos animales que se presentan en sus sueños son quienes les brindan sus diferentes poderes. (pp. 72-73)

Por último es importante destacar que las enfermedades del campo ayudan a las personas a lidiar con ciertas falencias que ellos mismo cometen como por ejemplo, las malas condiciones de desarrollo que enfrentan algunos niños a falta de cuidado y atención por parte de sus padres. Esto se ve justificado con enfermedades como las del espanto o el “mal de ojo” que les permite impregnar en terceros y entidades espirituales sus fallas como padres: “De lo anterior se desprende que el susto quizá sea una respuesta socialmente validada a situaciones físicas, psicológicas, del área de lo imaginario o ideológicas –que salgan de la capacidad de control y aun de adaptación del individuo [...]” (Tiahoga & Viesca, 1983, p. 482)

Luego de un recorrido breve por el mundo del chamanismo, sus orígenes, creencias, prácticas y métodos terapéuticos, en el siguiente capítulo se trabajara la angustia y los distintos métodos para tratarla, buscando alguna relación con el espanto o susto. Es importante constatar ciertos conceptos psicoanalíticos con los tratados en este primer capítulo para poder discernir las diferencias y relaciones que ambas prácticas médicas sostienen con respecto al tratamiento y cura de enfermedades.

CAPITULO II: LA ANGUSTIA DESDE EL PSICOANÁLISIS

Para entender el concepto de angustia es necesario comprender la estructura del aparato psíquico ya que como lo plantea Sigmund Freud (1923-1925/1992) “el yo es el genuino almacén de la angustia” (p. 57). A partir del estudio constante del psicoanálisis sobre la histeria, surgió la hipótesis de la represión para definir a las defensas psíquicas que se presentaban frente a ciertas situaciones de estrés. Esto a su vez llevo a generar la hipótesis de un esquema de la psique que se presenta dividido en dos partes siendo la primera la reprimida y la segunda la represora. A partir de esto y gracias a las teorizaciones sobre el “inconsciente”, se situaba a la parte reprimida de la psique con lo “inconsciente” y la represora como lo “consciente”. Se planteó una división ordenada del aparato psíquico más allá de una simple funcionalidad, se la dividió en partes a las que se les podía atribuir ciertas características y métodos de accionar diferenciados. (Freud, 1923-1925/1992, p. 5) Con las aproximaciones de la teoría psicoanalítica al inconsciente se pudo evidenciar que existen varias representaciones que no se vuelven conscientes a causa de cierta fuerza que impide ese proceso. Dentro de la práctica analítica se han descubierto algunas herramientas y medios con los cuales es posible cancelar estas fuerzas y permitir el paso a la consciencia de estas representaciones. “Llamamos *represión* {esfuerzo de desalojo}, al estado en que ellas se encontraban antes de que se las hiciera conscientes, y aseveramos que en el curso del trabajo psicoanalítico sentimos como *resistencia* a la fuerza que produjo y mantuvo a la represión” (Freud, 1923-1925/1992, p. 16). Es gracias a la concepción de la represión de donde se extrae el modelo de lo inconsciente. Dentro de la teorización psicoanalítica se pueden diferenciar dos tipos de inconsciente, lo latente (susceptible) y lo reprimido (insusceptible) a la consciencia. Se llama “preconsciente” a lo latente siendo inconsciente solo cualitativamente y no en cuanto a su funcionalidad. Se delimita el uso de la palabra “inconsciente” a lo que esta reprimido funcionalmente. A partir de esto se constituyen tres términos: el consciente (cc), preconsciente (prcc) e inconsciente (icc), percibiendo al preconsciente más cercano a la consciencia que lo que el inconsciente se muestra. (Freud, 1923-1925/1992, p. 17)

La consciencia depende de una fuerza anímica que administra el camino a la descarga de las excitaciones en el mundo exterior. Esta instancia anímica que rige sobre la mayor parte de los procesos parciales de la consciencia, que en la noche deja de trabajar por la censura onírica y es encargado de organizar los procesos anímicos de una persona, es la instancia de las personas que se conoce como “yo”. De este yo nacen representaciones a partir de las cuales ciertas ambiciones anímicas deben ser aisladas no solo de la consciencia, sino de otras funciones psíquicas importantes. La represión se confronta al yo con la finalidad de anular las resistencias que el yo utiliza para ocuparse de lo reprimido. En el yo también existe un contenido inconsciente, que al igual que la represión, manifiesta efectos agudos sin permitir que devengan conscientes. (Freud, 1923-1925/1992, pp. 18-19)

Por su contacto con el mundo exterior, la consciencia es puesta en primer lugar dentro de este sistema. Las percepciones sensoriales que recibimos del exterior son conscientes. Las sensaciones, sentimientos y emociones son las percepciones conscientes que provienen de nuestro interior. La diferencia en las representaciones del pensamiento inconsciente y preconscious se da ya que en el primero la representación se genera en un objeto que aún persiste en el anonimato, mientras que en la segunda la representación se anuda a la palabra. La manera de permitir que algo preconscious devenga consciente se genera por la correspondencia representación-palabra. Estas representaciones-palabras en algún punto fueron percibidas y como todo lo que se percibió alguna vez, tienen la posibilidad de volver a devenir conscientes. La palabra es el resto mnémico de una palabra previamente oída, leída o escrita. (Freud, 1923-1925/1992, pp. 21-23)

Luego de plantear la relación entre percepción externa que genera la consciencia e interna que genera el preconscious, es inevitable fundar la representación del yo en relación al “ello”: “propongo dar razón de ella llamando <<yo>> a la esencia que parte del sistema *P* y que es primero *prcc*, y <<ello>>, en cambio, según el uso de Groddeck, a lo otro psíquico en que aquel se continua y que se comporta como *icc*” (Freud, 1923-1925/1992, p. 25). La persona se presenta ahora como un ello psíquico desconocido e

inconsciente en el cual se asienta el yo como si el ello fuera su núcleo. En cuanto al material reprimido, se verá que confluye con el ello siendo una parte de él. Lo reprimido se separa al yo a partir de las represiones que se presentan, pero se comunica con el yo con la ayuda del ello. Podemos aclarar que el yo es la parte alterada del ello a partir de la relación directa que mantiene con el mundo exterior por medio de la intervención del preconscious. El yo busca generar la influencia del mundo exterior en el ello, intenta reemplazar el principio de placer que rige al ello por el principio de realidad vigente en el yo. El yo se asocia claramente con la razón, el ello por otra parte se vincula con las pasiones y pulsiones. Por otra parte, el cuerpo propio en el psicoanálisis sostiene la característica de receptor y generar al mismo tiempo percepciones internas y externas. La psicofisiología ha puesto en evidencia la forma en la que el cuerpo propio depende del mundo de la percepción para conformarse en su totalidad. El análisis demostró que el dolor sostiene un rol importante para que esto se genere. Vale destacar que el yo es sobre todo una esencia-cuerpo, y si se le busca una analogía anatómica, se lo puede identificar con el homúnculo del encéfalo, donde se supone las emociones y sensaciones se ven almacenadas. (Freud, 1923-1925/1992, pp. 25-28)

Dentro del análisis se pudo comprobar que existen muchas personas donde la autocrítica y la consciencia moral son inconscientes. Este “sentimiento inconsciente de culpa” que se genera en estos pacientes mantiene un rol económico decisivo en muchas neurosis fundamentando muchos obstáculos y resistencias a la cura. La experiencia analítica demostró que dentro del yo existe un grado superior al que se lo denominó “ideal del yo” o “superyó”. El estudio de las investiduras de objeto fundadas en el yo, por identificación, mantiene un rol importante en la conformación del yo permitiendo la formación del “carácter” del individuo. Por lo general las investiduras de objeto nacen en el ello en fases tempranas del desarrollo donde percibe estos impulsos eróticos como necesidades. El yo al percibir estas investiduras de objeto les brindará su aprobación o buscará generar defensas frente a las mismas por medio de la represión. Al tomar los rasgos del objeto como propios en la identificación, el yo de alguna manera, se superpone al ello como objeto de amor. Esta superposición de libido de objeto en libido narcisista provoca un rechazo a las pulsiones sexuales generando una especie de

sublimación. Gracias a esto se muestra como el yo consciente, es un yo-cuerpo que genera defensas como la represión y regresión. (Freud, 1923-1925/1992, pp. 29-32)

La resistencia del carácter generada respecto a la influencia de las investiduras de objeto sufridas nos lleva de vuelta al ideal del yo. En este ideal del yo se esconde la identificación más esencial del individuo, la identificación con el padre de la prehistoria individual y personal. Se genera una identificación instantánea, continua y más adelantada que cualquier investidura de objeto. El sepultamiento del complejo de Edipo en la identificación con el padre o la madre se verá determinado, por la angustia de castración en los hombres, la envidia del pene en las mujeres y la intensidad con que se presenten. El superyó se caracteriza por sostener el carácter paterno. Cuanto más intenso y rápido fue el proceso del complejo de Edipo por la influencia cultural de cada individuo, más inflexible ocurrirá el poder del superyó como consciencia moral sobre el yo. El ideal del yo gracias a su formación histórica cultural, obtiene una herencia filogenética arcaica de cada individuo a partir de la cultura que pertenece. A partir de conflictos no superados por el yo con las investiduras de objeto del ello y la falta de dominio del yo sobre el complejo de Edipo, se generaran conflictos en la concepción del ideal del yo. (Freud, 1923-1925/1992, pp. 35-40)

Como mencionamos al principio de este capítulo y a partir de las amenazas de peligro a las que se ve enfrentado el yo, se considera que es quien se encarga de almacenar la angustia. Se puede apreciar que la angustia es un estado afectivo y el único capacitado para registrarlo es el yo, al no estar capacitado el ello para percibir situaciones de peligro. No es tarea fácil delimitar las situaciones de peligro externas que generan miedo en el yo o de los peligros libidinales que se generan en el ello. Pero puede dilucidarse que lo que se oculta detrás de la angustia que el yo muestra frente al superyó, se genera por una angustia frente a la conciencia moral. (Freud, 1923-1925/1992, p. 57)

En su afán por estudiar detenidamente el origen y causas más comunes de las neurosis, Freud (1892-99/1992) mostró gran interés por la angustia a la que definió como “la sensación producida por la acumulación de un estímulo endógeno diverso, el estímulo

de respirar, que, por no conocer otro procesamiento psíquico, es entonces susceptible de aplicación para una tensión física acumulada en general” (p. 233). Ya que muchos de los neuróticos con los que él trataba parecían quejarse de sufrirla le dará un significado sexual al origen de estas angustias: “enseguida tuve en claro que la angustia de mis neuróticos tiene mucho que ver con la sexualidad, y en verdad me sorprendió la seguridad con que el “coitus interruptus” perpetrado en la mujer conduce a la neurosis de angustia” (Freud, 1892-99/1992, p. 229).

A partir de este descubrimiento y con sus nuevas teorizaciones, Freud (1895/1992) buscó separar a la “neurastenia” de la “neurosis de angustia”, ya que los síntomas de la neurastenia no se mostraban tan firmes y recíprocos como en otras perturbaciones neuróticas. Esto quiere decir que, a diferencia de los neurasténicos, algunos neuróticos muestran síntomas que se presentan a la par o se reemplazan entre sí durante el transcurso de la enfermedad. Llamó “neurosis de angustia” a este tipo de neurosis donde los síntomas se presentan a la par, y sobre todo, porque estos síntomas podían ser agrupados alrededor de su síntoma principal que era la angustia. Terminará diciendo que estas neurosis de angustia nunca aparecen solas, siempre van acompañadas de otras neurosis como la “histeria” o la “neurosis obsesiva” (pp. 91-92). Al separar a la neurastenia de la neurosis de angustia se dio cuenta de que existían personas angustiadas que no presentaban ningún rasgo neurótico, y neuróticos que no padecían de ningún síntoma angustioso. (Freud, 1916-1917/1992, p. 358)

Gracias a sus estudios, Freud (1916-1917/1992) llegó a la conclusión de que no solo existe una “angustia neurótica”, sino que también existe una “angustia realista”. La angustia realista es aquella que aparece como reacción frente a la percepción de un peligro exterior real, se asocia con un reflejo de huida y la pulsión de auto conservación. Aunque el miedo pueda llegar a ser paralizante el instinto de huida es el que sobresale. Lo primero que se encuentra en esta angustia es el “apronte” frente al peligro, exteriorizándose como un aumento de la atención sensorial y una tensión motriz. En este apronte se generan primero la huida y una defensa activa después se generará el estado angustiante. Por este motivo es que se habla de un apronte angustiado más que de un

desarrollo de angustia donde la repetición de la vivencia traumática originaria o bien se limita a una señal permitiendo que la reacción restante se pueda adaptar a la nueva situación de peligro provocando acciones destinadas a la auto conservación como ponerse a salvo, o bien permite que la vivencia antigua prevalezca, en este caso, la reacción se enfocará por completo en el desarrollo de angustia dando como resultado que el estado afectivo sea paralizante. (pp. 359-360)

Para brindar un mejor entendimiento de la “angustia realista”, Freud (1916-1917/1992) hablará sobre los afectos y dirá que:

Un afecto incluye, en primer lugar, determinadas inervaciones motrices o descargas; en segundo lugar, ciertas sensaciones, que son, además, de dos clases: las percepciones de las acciones motrices ocurridas, y las sensaciones directas de placer y displacer que prestan al afecto, como se dice, su tono dominante [...] En el caso de algunos afectos creemos ver más hondo y advertir que el núcleo que mantiene unido a ese *ensamble* es la repetición de una determinada vivencia significativa. (p. 360).

A pesar de dar estas pautas sobre los afectos, dirá que no son del todo seguras sus declaraciones pero es una aproximación a ese campo. En cuanto al afecto de angustia: “decimos que es el acto del nacimiento, en el que se produce ese agrupamiento de sensaciones displacenteras, mociones de descarga y sensaciones corporales que se ha convertido en el modelo para los efectos de un peligro mortal y desde entonces es repetido por nosotros como estado de angustia” (Freud, 1916-1917/1992, p. 61).

En su texto “El trauma del nacimiento” Otto Rank (1964) habla sobre el estudio a fondo que han realizado de la transmutación de lo inconsciente en consciente. Llegó a comprender que la fuente del inconsciente psíquico se encontraba situada en la región psicofísica de las personas y fue punto de partida para la teoría del trauma del nacimiento. Un fenómeno de apariencia completamente corporal que a partir de nuestra experiencia se lo comienza a enfrentar como el origen de efectos psíquicos de gran importancia para la evolución humana. Esto lo lleva a considerar al trauma del nacimiento como el eje del inconsciente (pp. 14-15). También hablará sobre un segundo nacimiento como parte de la cura del paciente y lo que daría solución a este trauma del nacimiento:

[...] la *curación*, [...] era representada regularmente por el inconsciente bajo una forma simbólica, que era la del *nacimiento* [...] la del *segundo nacimiento*, familiar

a todos los psicoanalistas y en la que se expresa la voluntad de curación de los enfermos [...] el enfermo, una vez entrado en la convalecencia, se encuentra en situación de renunciar gracias al psicoanálisis, a la fijación infantil del niño que él –como madre– desea regalar al padre, y considerándose a sí mismo como el niño (espiritual) nacido nuevamente del psicoanálisis (pp. 18-19).

Al principio, Freud (1926 (1925)/1992) respaldó plenamente la teoría de Rank pero en su texto “Inhibición, síntoma y angustia”, refutará la misma. Si bien es cierto que en el ser humano al igual que en muchos mamíferos, el acto del nacimiento es una primera vivencia individual de angustia, no hay que descartar que un símbolo de afecto frente a una situación de peligro se constituye como una necesidad biológica, por lo cual se generaría angustia de cualquier forma: “considero injustificado suponer que en todo estallido de angustia ocurra en la vida anímica algo equivalente a una reproducción de la situación del nacimiento” (p. 89). También planteará que, es necesario observar a las neurosis de angustia a partir de tres clases de constelaciones. Primero como un estado de angustia flotante y general dispuesta a vincularse con cualquier posibilidad que se genere, a esta angustia la denominó “angustia expectante”. En segundo lugar se ve ligada de manera contundente y firme a contenidos específicos de representación en las llamadas “fobias” donde se puede comprender la existencia de un vínculo con un peligro externo y la angustia que el mismo genera nos parecerá completamente excesiva. Por último, la angustia de las neurosis graves como la histeria o la neurosis obsesiva que acompañan a los síntomas, pueden aparecer de forma independiente como un ataque o estado de duración extendida, pero siempre sin hallar fundamento alguno sobre un peligro exterior (Freud, 1933/1992, pp. 83-85)

Después de esta clasificación, se habla sobre el origen de la angustia a partir de una economización de la libido en la vida sexual y dirá que la causa más común de angustia es la excitación frustránea en donde se genera una excitación libidinosa que no encuentra su satisfacción. Al no encontrar satisfacción esta libido se ve desviada o reprimida lo que provocaría que el estado de angustia brote (Freud, 1933/1992, p. 76). En el mismo texto hablará sobre la relación que sostiene el desarrollo de angustia y la formación de síntoma ya que ambos se reemplazan y relevan entre sí:

Y por cierto parece que el desarrollo de angustia fuera lo primero, y la formación de síntoma lo posterior, como si los síntomas fueran creados para evitar el

estallido del estado de angustia. [...] Y al mismo tiempo hemos logrado responder la pregunta por aquello a lo cual se tiene miedo en la angustia neurótica, y establecer así la conexión entre angustia realista y neurótica. Aquello a lo cual se tiene miedo es, evidentemente, la propia libido. (Freud, 1933/1992, pp. 77-78).

No es la represión la que genera la angustia, la angustia está ahí primero generando la represión. El amor que siente por este objeto madre demanda una exigencia por parte de la libido del infante por lo cual entra en angustia y se considera que se genera un caso de angustia neurótica. El infante percibirá este enamoramiento hacia su objeto-madre como un peligro interno, al cual debe renunciar ya que provoca un entorno de peligro externo. (Freud, 1933/1992, p. 79).

Freud (1933/1992) generará una primera distinción entre la angustia que se genera en los hombres y la angustia que se genera en las mujeres. La angustia de castración es uno de los fundamentos más habituales y agudos de la represión y la formación de las neurosis. En reemplazo a esta angustia de castración, en las mujeres se presenta la angustia frente a la pérdida del amor que puede verse relacionada con la angustia del lactante frente a la ausencia de su madre. A partir de esta relación se puede justificar que a cada proceso del desarrollo le compete una condición determinada de peligro que generara angustia en esa etapa específica. Conforme la persona avanza por las diferentes etapas del desarrollo, las condiciones de angustia de otras etapas deben de ser superadas y abandonadas para poder verse enfrentado a las demandas que la etapa en la que se encuentra exigen. Después de pasar por cada periodo psicosexual, el yo es lo suficientemente fuerte para enfrentarse a situaciones de peligro sin llegar a sufrir de una angustia neurótica. (pp. 80-81).

Con anterioridad se habló sobre los aportes de Otto Rank sobre el trauma en el nacimiento, mismos aportes que Freud después descartó como únicos generadores de angustia, pero por otra parte, les brindó un valor muy importante como primer estado de angustia al que todo ser humano se enfrenta. Freud (1933/1992) hablará sobre un factor traumático y se referirá al mismo como un estado en que los empeños del principio de placer se ven reprimidos, y en donde lo temido, lo que genera angustia, es el origen de un factor traumático que no puede ser elaborado según la norma del principio de placer.

La experiencia clínica demostró a partir de represiones tardías que la angustia despierta como un mecanismo de defensa frente a una situación anterior de peligro. Por lo general las primeras y originarias situaciones de peligro brotan a partir del contacto directo del yo con una exigencia libidinal hipertrófica que se originan de factores traumáticos por lo cual la angustia se crea como algo nuevo. Freud terminará por dar un origen doble a la angustia, como consecuencia directa del factor traumático, y por el otro lado, como señal de que amenaza la repetición de un factor en el que la libido se trasmude en angustia (pp. 86-88). Para poder tener un mejor entendimiento de la angustia sus síntomas y su tratamiento desde el psicoanálisis, es necesario hablar sobre la práctica psicoanalítica.

II.I Practica psicoanalítica

El psicoanálisis a pesar de ser un método con poco más de un siglo de existencia y de haber sido durante mucho tiempo objeto de grandes críticas y oposiciones, se ha convertido en uno de los pilares de la psicología moderna por su gran influencia en estos campos. Freud (1923/1992) dirá que el psicoanálisis:

[...] es el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica (p. 231).

Gracias a las insinuaciones e insistencia de Freud a Breuer deciden juntos retomar los estudios, que Breuer había realizado con anterioridad a una paciente que acaecía una enfermedad posterior a los cuidados brindados por a su padre enfermo. A partir de lo que Breuer percibía, optó por guiar a la paciente en estado hipnótico e indagar sobre los recuerdos que podían mantener esta relación para revivirlos en una condición patógena a partir de una desinhibición del desarrollo de afectos. Siempre que la paciente conseguía esta meta el síntoma se desvanecía de manera permanente. La paciente bautizó a este nuevo método de intervención con el nombre de “talking cure” y le darán el nombre de “catártico” a este nuevo método terapéutico. Gracias a estos estudios y a sus indagaciones se pudieron obtener dos resultados muy importantes. En primer lugar que los síntomas histéricos están cargados de sentido y significado ya que son

considerados sustitutos de actos anímicos estables. En segundo lugar el descubrimiento de que este sentido-desconocido, se relaciona con la anulación de los síntomas. De esta manera se puede observar cómo la investigación científica y el empeño terapéutico llegan a coincidir. La catarsis se conseguía en el tratamiento gracias a la formación de vías hasta la conciencia para descargar de una manera estable las afecciones que aquejaban al paciente. (Freud, 1923/1992, p. 232)

Posteriormente en su texto, “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico” Freud (1914/1992) habla más detalladamente sobre los objetivos del método catártico donde explica que junto a Breuer optaron por dirigir la atención del paciente específicamente al evento traumático en particular donde el síntoma se había reproducido. Se plantearon la finalidad de deducir el evento traumático que generó el conflicto psíquico para de esta manera, poder liberar el afecto reprimido. Lograron observar que las asociaciones de los pacientes regresaban desde estos eventos traumáticos que buscaban ser aclarados hasta experiencias anteriores. Estas vivencias primarias que incluso podían llegar a ser recuerdos de la infancia habían sido apartadas de la memoria para evitar un mayor sufrimiento a la persona. A partir de esta experiencia Freud pudo esclarecer que las represiones eran la causa de las amnesias en las personas y el tratamiento comenzó a enfocarse en el pasado del paciente para poderlo curar en presente a partir de convertir esos recuerdos olvidados en conscientes. (Freud, 1914/1992, pp. 9-10).

Freud daba más valor a la represión o defensa formada por el individuo frente a un evento traumático que a los estados hipnoides donde se generaban estas representaciones patógenas, por lo cual comenzó a perder el interés en la hipnosis. Sin embargo, destaca dos puntos importantes que se lograron alcanzar gracias a esta técnica y cuyo valor era importante rescatar sobre todas las cualidades de la misma. En primer lugar dio veracidad a la teoría de que algunas alteraciones corporales llamativas podrían ser fruto de influencias puramente anímicas activadas a manera de defensa contra el trauma por el mismo sujeto. En segundo lugar se pudo obtener una imagen más nítida de la existencia de algunos procesos anímicos a los que no se les podría dar otro

nombre más que el de “inconscientes”. Diferenciándose del inconsciente teórico estudiado por los filósofos, por primera vez, gracias a los fenómenos del hipnotismo, se volvió algo vivo, palpable y objeto de experimentación. (Freud, 1924/1992, p. 204)

Pero no será ese el único motivo que inflencie a Freud a buscar remplazar la hipnosis por un nuevo método. Su incapacidad y la resistencia de algunos pacientes para entrar en estados hipnoides también fueron un factor determinante. James Strachey en la introducción al escrito de Freud “Breve informe sobre psicoanálisis” (1924/1992) escribe que “lo hizo por dos motivos; en primer lugar, porque a pesar de haber seguido un curso de instrucción con Bernheim, en Nancy, no lograba poner en estado de hipnosis a un número suficientemente grande de pacientes y en segundo lugar, porque estaba insatisfecho con los resultados terapéuticos de la catarsis fundada en la hipnosis” (p. 207). Conjuntamente a sus razones personales, poco tiempo después postuló que la cura esperada a partir del método catártico en estado de hipnosis se veía de cierta manera incumplida ya que dependía mucho de la relación con el terapeuta y la sugestión, ya que los síntomas podían reaparecer con posterioridad a la hipnosis. (Freud, 1923/1992, p. 233) En este punto podemos elaborar una primera premisa sobre la relación que mantiene el chamanismo con el psicoanálisis ortodoxo. El chamán se afana en tratar de comunicarse con los espíritus auxiliares para brindarles una cura satisfactoria a sus pacientes trabajando a través de la sugestión. El chamán es quien guía las sesiones y en ocasiones incluso recurre a la hipnosis por medio de plantas enteógenas: “el uso de la bebida alucinógena natem entre los Ashuar hace posible que prácticamente todos puedan conseguir el estado hipnótico esencial para la práctica de la “brujería” o, mejor dicho el shamanismo”. (Harner, 1978, p. 143)

A pesar de estas dificultades, Freud (1923/1992) reconocía el aporte de la hipnosis para permitir al paciente recordar lo que se creía olvidado. Por lo cual buscó un método que remplazara al hipnotismo. Este método fue el de la “asociación libre. Recordó como en una de sus estancias en Nancy, Bernheim había demostrado que todo lo vivenciado por el paciente en estado de sonambulismo, inducido por el hipnotismo, solo en apariencia había sido olvidado y que en cualquier instancia podría emerger su

recuerdo si el analista le insistía al paciente en reconocer que poseía realmente ese recuerdo. Dentro de las sesiones se comprometía al paciente a dejar que sus pensamientos fluyeran libres y que dijera todo cuanto le viniese a la mente sin omitir detalles por más toscos o absurdos que parezcan, entregándose en calma y concentración a estos pensamientos espontáneos involuntarios. De esta manera Freud trataba de inducir a sus pacientes no hipnotizados a que comunicasen asociaciones con el fin de poder encontrar, por medio de esta vía, lo olvidado o lo caído bajo defensa afirmándola como “la regla técnica fundamental” en el psicoanálisis. (p. 234).

Gracias a la implementación de esta técnica de la asociación libre se abrió un camino a lo profundo de la vida anímica, lo cual generó muchos descubrimientos de los cuales destacaremos tres: 1) La interpretación de las operaciones fallidas y de las acciones casuales. Fenómenos como el olvido de palabras y nombres, los lapsus linguae, accidentes o movimientos espontáneos de apariencias casual, son algunos ejemplos. Gracias al estudio de estos actos fallidos en el tratamiento analítico, se pudo tener mayor descubrimiento sobre lo inconsciente y su relación con los actos y ocurrencias más destacados; 2) La interpretación de los sueños. Ya fuesen los propios o los del paciente, permitió un mejor conocimiento sobre los procesos que ocurrían en los rincones inconscientes de la psique. Gracias al psicoanálisis el sueño y su interpretación recuperó la importancia universal que poseía en la antigüedad, pero el procedimiento discrepaba mucho. La interpretación ingeniosa del intérprete no es lo más importante sino, que se transfiera la tarea interpretativa al soñante mismo ya que los elementos del sueño tendrán que ver con la vida particular del soñante; 3) El valor etiológico de la vida sexual. En la búsqueda de las vivencias traumáticas que parecían generar la mayoría de los síntomas histéricos, mientras mayor era el esfuerzo por rastrearlos, se confirmaba cada vez más su relación etiológica con lo sexual. En la mayoría de los casos se podía observar que la raíz de la formación del síntoma se hallaba en una impresión traumática procedente de la vida sexual temprana. Se reemplazó el trauma normal y ordinario por el trauma sexual. (Freud, 1923/1992, pp. 235-239)

A partir de este descubrimiento del trauma sexual, se pudo acceder al estudio de uno de los pilares del psicoanálisis, la sexualidad infantil. Freud (1910/1992) consideraba que las experiencias de la infancia explicaban la susceptibilidad a contraer posteriores traumas. A su vez comprendió que solo haciendo consciente a estas huellas mnémicas, que a simple vista parecían olvidadas, se podía conseguir aliviar el síntoma, hasta el punto de incluso eliminarlo (p. 37). Gracias al estudio de la sexualidad infantil se consiguió entender mejor la vida sexual de las personas, al igual que el origen y la raíz de muchas neurosis histéricas. También se produjo la introducción del complejo de Edipo a la teoría psicoanalítica como el conflicto situacional más importante que tiene que enfrentar un niño. Aquí el niño deberá hallar solución al apego y vínculo que mantiene con sus progenitores, al solucionar estos conflictos obtendrá las pautas y herramientas para poder socializar fuera del hogar. Quienes no consigan superar el Edipo, se verán sumergidos en algún tipo de neurosis (Freud, 1926/1992, p. 255).

En cuanto a la formación del psicoanalista hoy en día es muy común que el psicoanálisis sea enseñado en diferentes planteles educativos y universidades, pero la enseñanza del psicoanálisis en las mismas fue motivo de disputa por mucho tiempo. Freud (1919/1992) plantea que la universidad solo puede brindar una asimilación del psicoanálisis en sus planes de estudio ya que su enseñanza se acentuaría en un carácter dogmático-critico a partir de la teorización que se pueda brindar en las aulas universitarias. Muy difícilmente la universidad podrá brindar un acercamiento a la práctica psicoanalítica como tal y el aspirante a psicoanalista no aprenderá adecuadamente este método. Lo que pueda aprender y asimilar sobre el psicoanálisis le será insuficiente para poder convertirse en un buen terapeuta si no se enfrenta a la práctica clínica. (p. 171)

Antes de llegar al ámbito universitario, se desarrolló un policlínico en Berlín en 1920 por Max Eitingon, con el fin de poder enseñar a médicos y otros profesionales el psicoanálisis, buscando formar buenos analistas. Este instituto se empeñó en permitir el acceso a la terapia analítica a círculos populares más extensos, por el otro lado se encargó de la formación de médicos en analistas prácticos. La formación constaba de un curso didáctico donde el requisito indispensable para inscribirse era el sometimiento del

aspirante a un psicoanálisis. (Freud, 1924/1992, pp. 214-215) James Strachey en la introducción al escrito de Freud “Trabajo sobre técnica psicoanalítica” (1911-1915/1992) plantea la insistencia de Freud y el convencimiento del mismo en que el principal requisito de un analista era su sometimiento a un análisis. Solo de esta manera se puede obtener un mayor dominio sobre la práctica ya que sin duda la experiencia es obtenida a partir de la práctica analítica con los pacientes, pero sobre todo, el analista obtiene mayor conocimiento a partir de su propio análisis. (p. 81)

II.II Conceptos psicoanalíticos para entender la concepción chamánica de enfermedad y salud

Dentro del psicoanálisis existe una variedad de conceptos importantes, de los cuales destacaremos el animismo, el éxtasis, la magia y la religión, con la finalidad de poder realizar una comparación con los mismos conceptos que tienen un valor mayor para el chamanismo dentro de la medicina aborígen o tradicional, ya que le brindan un significado mágico-religioso a las enfermedades.

Animismo

La cosmovisión de los pueblos aborígenes que hasta hoy se conocen llena nuestro mundo de agentes espirituales, malignos o benignos y atribuyen a los mismos espíritus las causas de muchos de los procesos y desastres naturales. Sostienen la creencia de que no solo plantas y animales también objetos inertes pueden ser animados por las mismas fuerzas espirituales. En su texto “Tótem y tabú”, Freud (1913/1992) habla sobre el animismo y dirá que “es la doctrina de las representaciones sobre las almas, y en su sentido lato, la de los seres espirituales en general. Además, se diferencia un <<animatismo>>”, doctrina del carácter animado de la naturaleza que se nos manifiesta como inerte [...], y todavía la siguen el “animalismo” (espiritualidad en animales) y el “manismo” (poder de los espíritus de antepasados)”. (p. 79)

Éxtasis

Freud (1913/1992) no expone el concepto de éxtasis como tal, pero hace referencia a la dualidad alma-cuerpo de los aborígenes a partir de la concepción del animismo al comprender que también les brindaban esta característica de “animación” a las personas; “las personas poseen almas que pueden abandonar su morada y mudarse a otros seres humanos; estas almas son las portadoras de las actividades espirituales, y en cierto grado son independientes de los <<cuerpos>>” (p. 80).

Religión

En la búsqueda del ser humano por el entendimiento sobre el mundo y los fenómenos naturales que lo rodean, mismos que generaban gran angustia en la población se optó por brindarle un significado fantástico y mágico a los mismos, humanizando de esta manera la naturaleza. Al buscar dar una imagen semejante a la naturaleza el Hombre, según Freud (1927/1992) recurre a un arquetipo infantil (el complejo de Edipo) que posiciona al padre como aquella persona que puede brindar protección y seguridad al niño. A su vez siente mucho temor ya que es capaz de infligir daño si lo desea. La naturaleza se encuentra en la misma posición de poder brindar todos los recursos necesarios al hombre para subsistir, pero a su vez es capaz de generar desastres y aniquilar a un gran número de la población. A partir de esto empiezan a surgir las primeras religiones buscando brindar alivio a una sociedad sobre varios sucesos inexplicables como la muerte o diferentes enfermedades. Surgen las imágenes de los dioses a semejanza del arquetipo infantil, como protectores y castigadores que controlan y mantienen estabilidad en la sociedad. (pp. 17-18).

Freud (1927/1992) dirá que las representaciones religiosas nacen de la misma necesidad que los otros logros culturales: “la de preservar (la cultura) frente al poder hipertrófico y aplastante de la naturaleza. A esto se suma un segundo motivo: el esfuerzo por corregir las imperfecciones de la cultura, penosamente sentidas” (p. 21). En las culturas aborígenes, el no obrar o seguir las leyes y mandatos divinos o quebrantarlos

devendría en una enfermedad o incluso la muerte. Es necesario entender que estas doctrinas religiosas se mantienen a través de una fuerte creencia sobre la misma por tres motivos; en primer lugar se les otorga gran fe porque nuestros antepasados fueron fieles devotos de estas creencias, en segundo lugar las pruebas que se poseen sobre estos sucesos datan de épocas antiguas y son transmitidas desde las mismas y por último, para brindarle mayor protección a las doctrinas religiosas, está completamente prohibido cuestionar estos dogmas. (p. 26)

Magia

La cosmovisión de los aborígenes para Freud (1913/1992) estaba basada en la necesidad de los mismos de tener control sobre su mundo, motivo por el cual no era alarmante la idea de obtener control sobre otros hombres, animales, cosas o espíritus. Freud habla sobre el concepto de ensalmo (brujería) y magia a partir de los escritos de Reinach, Hubert y Mauss, y plantea algunas diferencias. Ensalmos es por lo general el arte de influenciar a los espíritus y tratarlos de la misma forma en que se trataría a otra persona buscando su aprobación por medio de los medios sociales que han dado fruto en la interacción humana. La magia, por otra parte, es la pieza fundamental y esencial de las técnicas animistas teniendo una cantidad vasta y diversidad de propósitos como lo son; el poder tener control sobre la naturaleza, proteger al individuo de peligros o causar daños a enemigos. (p. 82)

Freud (1913/1992) sostenía que este pensamiento mágico de los primitivos debía de tener una explicación científica. A partir de los estudios que realiza de la obra de Frazer, entiende que es el poder que le otorgan los primitivos equivocadamente a sus ideas sobre el orden de la naturaleza lo que los lleva a tener la ilusión de que es el mismo poder el que les permite tener control sobre sus pensamientos, es decir que les otorga control sobre las cosas. Esto lo lleva a pensar que la magia solo halla su fundamento en el poder de los deseos de las personas y en el poder que piensan que pueden llegar a tener sobre las cosas: “Y bien, sólo necesitamos suponer que el hombre primitivo tiene una grandiosa confianza en el poder de sus deseos. En el fondo, todo aquello que él

produce por la vía mágica tiene que acontecer solo porque él lo quiere. Así, lo que al comienzo destaca es su mero deseo” (p. 87). Mientras más se crea en algún poder mágico, más grande será la esperanza de que en realidad algo mágico suceda. Es justamente de este poder de las palabras que los chamanes y su cura dependen, como dirá Levi-Strauss, de la eficacia simbólica de las palabras. Cada cultura aborígen se maneja con diferentes mitos, cantos y creencias para elaborar una cura a través de la palabra.

II.III Síntomas de la angustia desde el psicoanálisis

“Las oportunidades en que se presente la angustia (es decir, frente a que objetos y en que situaciones) dependerá en buena parte, como es natural, del estado de nuestro saber y nuestro sentimiento de poder respecto del mundo exterior” (Freud, 1916-1917/1992, p. 358). Tomando en cuenta lo dicho por Freud, podemos establecer como los síntomas más comunes que se presentan en la angustia desde el psicoanálisis a: la irritabilidad general de ocurrencia constante que es una irritabilidad incrementada y tiene una relación directa con el aumento de la acumulación de la excitación o de una imposibilidad para tolerarla, la expectativa angustiada donde podría pensarse a la hipocondría como un claro ejemplo de este síntoma. La angustia de la conciencia moral donde la persona está a la expectativa de que algo malo suceda por azar por lo cual se la considera el síntoma nuclear de la neurosis. El ataque de angustia se da sin aviso en la conciencia sin ser despertado por el curso de las representaciones, un ataque de este tipo puede presentarse solo con el sentimiento de angustia, o bien mezclarse con la representación más espontánea como peligros de muerte o de caer en la locura. Existen diferentes tipos de ataques de angustia entre estos se destacan los ataques con perturbaciones cardíacas, de hambre insaciable, vértigo, diarreas. (pp. 93-99)

El terror nocturno (pavor nocturno) más presente en los niños es el enlace de la angustia con la reproducción de una vivencia en los sueños adecuada a la vivencia experimentada; el “vértigo” ocupa una posición primordial dentro de los síntomas de las neurosis esté o no acompañado de angustia, que en sus formas más leves se la puede

nombrar como “mareo” y en su forma más grave como “ataque de vértigo”. El vértigo de la neurosis de angustia puede ser clasificado dentro del vértigo locomotor o de coordinación caracterizada por provocar un malestar físico acompañado por la sensación de que el piso se mueve, las piernas se duermen y es imposible mantener la postura. Este vértigo nunca conduce a una caída, a menudo se presentan con perturbaciones cardiacas y respiratorias. La actividad digestiva se verá perturbada, presentando náuseas, mareos y diarrea; y las parestesias que pueden presentarse junto a los ataques de vértigo y se asocian en una secuencia específica. (Freud, 1895/1992, pp. 98-99)

Los síntomas desde la categoría de “neurosis de angustia” se encuentran descritos por la psiquiatría actual en los denominados “trastornos de ansiedad”. Estos trastornos apartan las dimensiones subjetivas de estos síntomas al proponer el cuerpo-lugar donde se genera el síntoma. El DSM-5 (2014) propone primero una distinción entre miedo y ansiedad, donde se establece que el primero es una respuesta emocional a algún tipo de peligro real o imaginario, mientras que la segunda es una respuesta anticipada a una amenaza de peligro futura. Los “ataques de pánico” se presentan como síntomas primarios en los trastornos de ansiedad como respuesta a alguna situación en particular de miedo. Los trastornos de ansiedad se evidencian por una persistencia de los mismos en una persona por un periodo de 6 meses o más. El diagnóstico decisivo de este miedo o ansiedad desproporcionada debe ser realizado por el clínico tomando en cuenta los factores del contexto cultural de cada individuo. A partir del diagnóstico se determina el cuadro clínico y de esta manera, a partir de los síntomas se formula un tratamiento de tipo causal o sintomático. (pp. 189-190)

II.IV Cura psicoanalítica frente a la angustia

Lo que caracteriza al psicoanálisis no es en realidad la materia de qué trata sino la técnica que emplea para generar una cura. Así se entiende porque el psicoanálisis se encuentra dentro de los tratamientos por el espíritu y no del espíritu. Estos tratamientos se ocupan, por uso de la palabra, de las disfunciones que presentan el cuerpo o el pensamiento. Por ende, el psicoanálisis no se encarga de trabajar “la psiquis”, “lo

psicológico”, “lo emocional” y “lo mental” como una entidad contrapuesta al cuerpo como se suele imaginar. Las palabras estimulan los afectos y gracias a esto los mismos afectos que se presentan en la angustia pueden ser tratados por medio de la palabra. La psicóloga Gloria Gomez (2007) cita a Freud con un claro ejemplo donde un niño, angustiado por encontrarse solo en un lugar oscuro, entabla un dialogo con su tía que se encuentra en la habitación contigua pidiéndole a la tía que le hable, pues este siente miedo por el lugar en el que está. La tía consternada le responde preguntándole de que serviría que le hable si de todas maneras no la ve, a lo que el niño le responde que existe más luz y claridad cuando alguien habla. (p. 116). La práctica analítica de Anna O, puso en evidencia que la mayoría de los síntomas histéricos particulares desaparecían y no regresaban a perturbar al paciente posteriormente si se conseguía traer a la consciencia el recuerdo del evento perturbador que provocó el efecto acompañante de los síntomas. Cuando se consiguió dar una descripción detallada del evento traumático expresando en palabras lo que sentía, los síntomas comenzaron a bajar de intensidad hasta el punto de desaparecer. (Freud, 1893-95/1992, p. 32) El poder decir las cosas ayuda al paciente a aliviarse, a bajar las tensiones. Si la expresión de estas emociones por medio de palabras se ven restringidas, la angustia de no poder expresarse llevará al paciente a sufrir un fenómeno somático por la represión de su deseo. De la misma manera que ocurre con la intensidad de estas afecciones traumáticas designará a todos estos sucesos que mantienen un origen de contenido histérico como “fenómenos de retención histérica”. (p. 222) Los estudios realizados por Freud muestran que la angustia suele presentarse a partir de un evento traumático donde se vuelve necesario para la cura encontrar el origen del trauma y trabajarlo con el paciente en las sesiones:

La solución de sus conflictos y la superación de sus resistencias sólo se logra si se le han dado las representaciones-expectativa que coinciden con su realidad interior [...] No se considera terminado el análisis si no se han esclarecido las oscuridades del caso, llenado las lagunas del recuerdo y descubierto las oportunidades en que se produjeron las represiones (Freud, 1916-1917/1992, p. 412).

Dentro de la cura psicoanalítica existen algunas herramientas básicas que sirven para guiar un tratamiento y una cura satisfactoria aparte de la palabra, mismas que pueden ser usadas dentro de la intervención frente a la angustia. De éstas destacaremos a la transferencia, la asociación libre, los actos fallidos y la interpretación de los sueños.

La transferencia

Dentro de la práctica terapéutica, Freud (1916-1917/1992) se dio cuenta de que mientras las intervenciones con los pacientes aumentaban, los enfermos comenzaban a comportarse de manera particular con el terapeuta. Reconoció como la causa de este fenómeno el hecho de que el paciente transfería al médico ciertos sentimientos intensos de ternura que no se veían justificados para la obtención de la cura ni para fines médicos. La forma de expresar estos sentimientos de ternura dependerá de las circunstancias personales de ambos participantes y llamó a este fenómeno “transferencia”. Freud considera que se trata de una transferencia de los sentimientos de la persona sobre su médico, sentimientos que estaban presentes en la enfermedad y con la intervención analítica se postraron sobre el analista. Freud consideraba a la transferencia como un fuerte reclamo de amor, o de una aceptación que les fue negada por alguna otra persona de importancia en la vida de cada individuo. (pp. 401-403)

Pero esta transferencia no siempre está cargada de sentimientos de ternura o amistad hacia el médico, se ha visto, y sobre todo en los hombres, que la transferencia puede ser hostil o negativa y es importante tomar en cuenta que estos sentimientos hostiles aportan lo mismo que los sentimientos de ternura. Freud (1916-1917/1992) explica que al tener un contenido sexual libidinoso esta transferencia, las formas sublimadas de la misma entre hombre y hombre son más comunes por lo cual tienden a sufrir mayor resistencia. Aclarará que “la transferencia surge en el paciente desde el comienzo del tratamiento y durante un tiempo constituye el más poderoso resorte impulsor del trabajo” (p. 402). . El saber dar un buen manejo a la transferencia brindara una gran herramienta para conseguir la cura terapéutica deseada

La asociación libre

La asociación libre es la parte primordial del inicio de las sesiones en donde se va incitando al paciente a tomar una posición de observador de sí mismo. Se buscará que

sea completamente sincero en todo lo que dice y que no omita ningún pensamiento que le surja. Muchas veces se comprueba que las situaciones que provocan este tipo de censuras poseen un gran valor para el hallazgo de lo olvidado (p. 234). Este método de la asociación libre ayuda al paciente a romper con ciertas de sus propias resistencias y lograr hacer consciente ciertos sucesos inconscientes.

Los actos fallidos

Como se mencionó con anterioridad, el método de la asociación libre permite tener un mejor conocimiento sobre el mecanismo del olvido. Freud (1915-16/1992) habla sobre algunos fenómenos que son frecuentes y que no tienen que ver con alteraciones o enfermedades ya que pueden surgir en cualquier persona sana. Estas son las operaciones o “actos fallidos” del hombre. Ejemplos de estos fenómenos son: el desliz verbal (Versprechen), el desliz en la lectura (Verlesen), el desliz auditivo (Verhören), el mismo olvido (Vergessen), o el extraviar (Verlegen) o perder (Verlieren) las cosas. Todos estos fenómenos guardan un parentesco, en su raíz alemana todas comienzan con el prefijo “ver” lo que nos permite entender que todos son de naturaleza nimia, efímeros dentro de la vida del hombre y suelen pasar desapercibidas. (pp. 22-24)

Con ayuda de la asociación libre los actos fallidos pueden llegar a interpretarse y brindar un mayor conocimiento del inconsciente del paciente: “tendré suficiente osadía para suponer que en la operación fallida, puede exteriorizarse aún una tendencia que desde hace mucho tiempo, [...] ha sido refrenada, que no es notada y por eso el hablante puede desmentirla directamente” (Freud, 1915-16/1992, p. 58). Al poder encontrar lo que se reprimió y el motivo de haber sido reprimido podrían ayudar a la persona a superar sus operaciones fallidas.

La interpretación de los sueños

Al entrar al estudio de los sueños y su interpretación se pudo obtener un mayor conocimiento sobre el inconsciente. Como Freud (1923/1992) dice por un lado, es el

cumplimiento de un deseo del inconsciente y por otro, si se logra mantener fuera del alcance de cualquier perturbación el estado del dormir es un cumplimiento del deseo normal de dormir. Si se desecha la contribución inconsciente a la formación del sueño y se recurre a su contenido “latente”, se podrá encontrar en este contenido escondido todo cuanto aconteció en su vida matinal. Puede ser una advertencia, una reflexión, una preparación para el futuro próximo e incluso una satisfacción de un deseo incumplido. (p. 237)

Para entender el concepto de latente es necesario entender otro concepto, lo onírico. Freud (1915-16/1992) lo definirá como “algo no genuino [...], un sustituto de otra cosa, de algo desconocido para el soñante, como lo era la tendencia de la operación fallida; es un sustituto de algo cuyo saber está presente en el soñante, pero le es inaccesible” (p. 103). El fin de la interpretación será conseguir que surjan, a partir de la asociación libre de estos elementos, formaciones nuevas y sucedáneas con las cuales podamos colegir lo oculto; “En vez de <<oculto>> [...], digamos, dándole la descripción justa, <<inaccesible a la conciencia del soñante>> o <<inconsciente>>. [...] Desde luego, por oposición a ello llamaremos <<consciente>> a los elementos oníricos mismos y a las representaciones sustitutivas adquiridas por asociación a partir de ellos” (Freud, 1915-16/1992, p. 103).

Freud (1915-16/1992) introducirá dos términos importantes a la interpretación de los sueños, el contenido manifiesto y el latente del sueño: “llamaremos *contenido manifiesto del sueño* a lo que el sueño cuenta, y *pensamientos latentes del sueño* a aquello oculto a lo cual debemos llegar persiguiendo las ocurrencias” (p. 109). Gran parte del contenido manifiesto del sueño corresponde a las representaciones de las situaciones que viven a diario las personas y a partir de estas se puede llegar al contenido latente, oculto, de las mismas. Esto se puede obtener al exigir al paciente, a pesar de que diga que no se le ocurre nada con respecto del sueño, que lo relacione con su vida matutina hasta que el paciente devenga consciente eso que afirma desconocer. Es interesante la noción de que en los pueblos primitivos norteamericanos las personas eran incitadas a interpretar sus sueños para tener un mejor entendimiento del origen y el

significado de los mismos. Freud (1915-16/1992) insistirá en la importancia de la interpretación de los sueños propios para poder tener un mejor manejo de esta técnica, ya que se podrá comprobar su eficacia. De la interpretación de los propios sueños uno obtiene mayor certeza y veracidad de la eficacia de la interpretación. (p. 104)

Wilfred Bion (1987) habla sobre el poder de los pensamientos y toca el tema de los pensamientos oníricos donde plantea la existencia de dos elementos de suma importancia. La función-alfa trabaja sobre las impresiones sensoriales y emociones que el paciente percibe. Si la función-alfa se desarrolla con éxito elementos-alfa se generan para ser almacenados y satisfacer requisitos del pensamiento onírico. Por otra parte, si esta función-alfa se enfrenta con perturbaciones que ocasionan que estos sentimientos y emociones permanezcan inalterados generan elementos-beta. Estos elementos-beta no suelen ser utilizados en el pensamiento onírico pero tienen un rol importante en la identificación proyectiva de los pacientes. Son elementos que pueden ser empleados dentro de una forma de pensar que dependerán de su manipulación. Si el individuo presenta problemas a la hora de transformar sus experiencias emocionales en elementos-alfa, no podrá soñar. La función-alfa convierte las experiencias sensoriales y emocionales en elementos-alfa que mantienen un gran parecido con las imágenes visuales de los sueños, principalmente con los elementos a los que Freud denominó como contenido latente del sueño. Ya que esta función-alfa es la que permite que las experiencias sensoriales y emocionales sean accesibles al pensamiento consciente y onírico, el paciente tendrá problemas a la hora de quedarse dormido o de despertar. (pp. 13-14)

En el siguiente capítulo, se trabajara la relación entre el susto o espanto chamánico y la angustia psicoanalítica a partir de su sintomatología y métodos de tratamiento, se destacaran varios puntos de relación importantes a tomar en cuenta dentro de la relación del chamanismo y el psicoanálisis que, como se podrá observar, es mucho más amplia de lo que se podría pensar.

CAPÍTULO III. RELACIÓN ENTRE CONCEPTO DE SUSTO O ESPANTO FRENTE A LA ANGUSTIA

En el susto el trauma se genera por la presencia de emociones fuertes que alteran el funcionamiento normal de la persona. En la angustia el trauma está dado por la aparición del apronte o afectos que generan un desequilibrio psíquico en el paciente. Si consideramos que las emociones están llenas de afectos, las causas del trauma aunque se expliquen de diferente manera a partir de las construcciones sociales de cada cultura, podrían tener el mismo origen. Tomando en cuenta que la angustia aparece para evitar un sufrimiento psíquico mayor reprimiendo el evento traumático, podemos pensar al susto como un mecanismo de defensa parecido al de la angustia con el fin de evitar un sufrimiento mayor al individuo y a la comunidad por la ruptura del tabú. Con esto se quiere hacer énfasis en la manera que estamos acostumbrados a ver a la enfermedad como un ente que existe por sí solo y al que sistémicamente se le otorga inclusive un valor ontológico. Consideramos necesario la modificación de esta conceptualización de la enfermedad a la cual debe mirarse como algo dinámico y que no consta fuera del contenido que el enfermo le otorga. Es necesario considerarla como la respuesta a una cantidad de condiciones que pueden ser psicológicas, biológicas, culturales, del medio ambiente o por la interacción de dos o más de las mismas, donde estas manifestaciones para poder ser consideradas enfermedad deben ser expresadas:

Enfermedad como expresión, como lenguaje, como código que busca interpretación, como metáfora, como invención. El registro donde todo esto se ubica es uno al cual el pensamiento científico hasta ahora ha tenido poco acceso: el imaginario, el de las realidades simbólicas e interpretativas, las cuales no pueden ser dejadas de lado por una medicina que tenga las pretensiones de ser integral. (Tiahoga & Viesca, 1983, pp. 486-487)

Tiahoga y Viesca (1983) explican que el hecho de que la neurosis sea un concepto prácticamente nuevo en la medicina occidental genera que su diagnóstico oscile entre lo perceptible y lo imperceptible de la enfermedad. Otro problema es el poder hallar interpretaciones adecuadas al contexto cultural de cada individuos estudiados, separándolos de los inherentes, ajenos e independientes a la misma. Al hablar sobre neurosis se dificulta el alcanzar niveles de precisión al estar los síntomas relacionados con actitudes y cualidades de la persona en su grupo social. (pp. 479-480).

Al realizar estos estudios, buscando incluir al susto dentro de una de estas categorías, se pudo evidenciar que mantenía más relación con las neurosis que con las psicosis. Nathan (1994) en sus escritos propone una cita muy interesante de Freud: “cuando estaba yo recapitulando, saque de mi experiencia las conclusiones correctas, a sabiendas que los síntomas neuróticos no se acoplan directamente a las experiencias realmente vividas, pero para la neurosis, las fantasías de deseo y la realidad psíquica, importan más que la realidad material”. (pp. 236-237). La angustia no presta importancia a la realidad material, lo que importa es su cadena de significantes que han formado su realidad psíquica. Lo mismo pasa con la persona que sufre de susto o espanto, no importa la realidad material lo que importa es su realidad simbólica donde están en juego sus creencias y valores culturales a través de cantos y mitos.

Nathan (1994) plantea una etimología francesa de la palabra “frayeur” (susto/espanto) y dirá que proviene del latín “fragor” (gran temor, emoción intensa), palabra que se asocia con las afecciones de sorpresa y sobresalto físico (taquicardia, ahogo). El término “efrayer” (asustar) tiene su etimología en otra raíz diferente, proviene del latín “exfridare” (sacar de la paz). El autor genera una distinción entre susto y espanto, pero solo en cuanto al valor significativo que cada una presenta, dirá que el espanto tiene una significación más contundente ya que le es más fácil sacar a la persona de su paz, de alterarlo. En bambara, “diatigé”: de “dia” (sombra, alma, psique) y de “tige” (desconectado) ha permitido la construcción de la palabra “diabatigue” (gran temor) donde “ba” significa gran, y que se utiliza para designar a los terrores nocturnos que por lo general se suceden al encuentro con un ser sobrenatural como un brujo o el espíritu de un difunto. En “Wolof”, “sama fit dem na” se traduce literalmente “mi alma ha escapado de mi cuerpo”. Estas lenguas comparten la noción de susto dentro de dos significados etiológicos. El primero se da por la unión del sujeto con un universo extremadamente distinto al suyo donde se genera una ruptura. La segunda es la extracción del “alma” o “núcleo del sujeto” fuera del cuerpo. (pp. 223-226)

La persona que presenta un susto por lo general reacciona con comportamientos de mimetismo (ecopraxia, ecolalia). La cultura interpreta a la reunión con lo otro (la

naturaleza, los animales) como un encuentro traumático si no interviene todo el grupo o el chamán. Este traumatismo lleva a que la persona pierda la noción de su identidad como sujeto al adoptar conductas como las del mimetismo automático y absurdo. Por otra parte, la utilización del mimetismo dentro de la cultura le permite al sujeto una salida a la resocialización. Se someten al mimetismo para imitar a otro y de esta manera, sin importar cuál sea el otro, se sienten parte de su cultura y su sentimiento de pertenencia vuelve a restablecerse. Al buscar darle una explicación al susto desde la patología occidental, Nathan (1994) plantea los estudios que generó Gilles de la Tourette al unificar en un mismo síndrome tres síntomas que no sostenían ninguna relación aparente: la incoordinación motriz (tics), el mimetismo y la coprolalia brindándole una etiología nerviosa a estas patologías rompió, de esta manera, una barrera transcultural en cuanto a la sintomatología del susto y algunas neurosis. Dado que el susto hace entrar en escena ciertos factores externos se lo puede considerar claramente como interactivo. En el susto se obliga a pensar a ese otro que me asusta, en la neurosis uno se enfrenta solo a la cura a partir de la medicina que disponga para la misma. (pp. 228-233)

El susto causado por un traumatismo es por el que Nathan (1994) se inclinará al hacer sus comparaciones con el psicoanálisis y el concepto de principio de placer. Al establecer que el principio de placer aísla al sujeto de ciertos eventos traumatizantes por voluntad del yo, el análisis incitara a los pacientes a verse a ellos mismos como responsables de su destino y enfrentar estas represiones. Sin embargo, llegado el momento donde el sujeto tiene que relacionarse con el otro, si el yo es un yo débil, esta interacción podría percibirse como traumática. La teoría fundada sobre el traumatismo es necesariamente una teoría fundada en la interacción, en la interacción del yo con el mundo exterior. (pp. 237-238)

Según lo que expone en su texto Nathan (1994) Freud estuvo preparado y capacitado para construir la hipótesis donde la repetición indefinida de un suceso no integrado brinda al lenguaje un dominio de impacto. Sin embargo, prefirió utilizar la existencia de una compulsión original y una salida del fantasma de la repetición liberada por el trauma. A partir del redescubrimiento de la etiología tradicional y gracias al susto,

se puede considerar a las neurosis traumáticas como “neurosis de susto” producida a partir de la repetición del trauma que lo generó: “[...] si el paciente repite con el psicoanálisis sus experiencias dolorosas, eso no es [...] porque estaba asustado por su médico, sino porque estaba animado por una especie de compulsión interna propia a cada individuo que lo obliga a recordar”. (pp. 233-234)

Pero la relación no termina ahí, si indagamos un poco más en la sintomatología de las neurosis traumáticas encontramos que la expectativa angustiada, al igual que en la angustia de la consciencia, la persona se encuentra a la expectativa de que algo malo suceda por azar, esto es considerado como el síntoma nuclear en las neurosis y se lo puede comparar plenamente con el susto. Las personas que sufren de susto por lo general lo sufren por haber roto una regla, normativa social o tabú que afecta a toda la comunidad. La diferencia radica en que en el susto el paciente obliga al chamán a encontrar una solución. Mientras que en la angustia la persona es la que buscará una solución a partir de su propia interpretación de los sucesos.

Gracias a esta breve diferenciación podemos entender mejor el hecho de que, como lo confirma Levi-Strauss, para el psicoanálisis la angustia se vive a partir de un mito generado a partir de la cadena de significantes propias de cada sujeto, mientras que para el chamanismo es un mito elaborado por las creencias simbólicas de cada cultura:

La gravedad del padecimiento – el susto– no tiene ninguna relación con la gravedad de la enfermedad orgánica subyacente, con la que definitivamente no puede identificarse. Su relación se establece más allá, en un esquema que sobrepasa lo propiamente médico en el sentido convencional de la palabra y lo ubica en el registro de lo imaginario; pero, entiéndase bien, de lo imaginario inmerso en un significado compartido, social. (Tiahoga & Viesca, 1983, p. 476)

Como podemos apreciar, el susto se da a partir de la violación o ruptura de un tabú o norma social de la cultura y no a partir de una situación biológica. Por este motivo se lo interpreta como la manifestación de un rompimiento en el amplio equilibrio que sostiene su cultura, el orden terrestre y universal lo cual se relaciona perfectamente con el concepto aborígen de enfermedad que ha estado vigente desde la época prehispánica (Tiahoga & Viesca, 1983, p. 485).

Aunque el susto se genere a partir de la existencia de un mito social y la angustia a partir de un mito individual, ambas comparten un mismo origen, un evento traumático. Freud destaca como el primer estado de angustia al que todo ser humano se debe ver enfrentado al momento de su nacimiento. Lo temido, lo que genera realmente angustia, es el origen de este factor traumático, que no puede ser elaborado según la norma del principio del placer. La angustia aparecerá como un mecanismo de defensa frente a una situación anterior de peligro que tiende a repetirse. Freud dará dos orígenes a la angustia: 1. como consecuencia directa del factor traumático; 2. como señal de una amenaza de que la repetición de un factor libidinoso se trasmuta en angustia. Afirmará que aquello a lo que se tiene miedo en realidad, es a la propia libido y su insatisfacción.

Si se comienza a considerar los significados de la simbolización de las culturas podremos empezar a tomar al susto como algo real, diagnosticable, perfectamente definido y que además, las personas que lo sufren suelen ser más propensas a morir que el resto de la población. Si se toma al susto como una enfermedad real que expresa el desequilibrio de quien lo padece frente a una situación que le excede, y que por lo general surge por el contacto impresionante de toparse con un ser sobrenatural o con algún evento sobrenatural que, cargado de violencia y una inesperada carga emocional, ocasiona una huida del alma y el cuerpo enferma. Para los aborígenes estudiados por los autores mencionados, el alma o “sombra” se divide en tres el “ajayu”, el “animu” y el “kuraji”, esta característica en la medicina occidental se ha visto perdida y se habla solo de alma, eliminando de esta manera el problema de la división de funciones entre las diferentes entidades anímicas. (Tiahoga & Viesca, 1983, p. 483) Si tomamos en cuenta la construcción del aparato psíquico que mencionamos en el capítulo anterior, podríamos buscar una relación entre el “yo”, “ello” y “superyo” con el “ajayu”, el “animu” y el “kuraji”. Podríamos pensar que el “kuraji” (coraje) mantiene cierta relación con el yo al compartir la idea de que en ambas se genera el carácter de las personas. Si bien, susto o espanto y angustia, mantienen una gran relación en cuanto a sintomatología y etimología, existen otros puntos de relación entre el chamanismo y el psicoanálisis que deben ser tomados en cuenta como los conceptos de magia y religión, al igual que ciertos métodos de intervención.

III.I Conceptos psicoanalíticos vinculados con el chamanismo

La formación

La vocación chamánica no siempre es voluntaria. Está determinada por un llamado divino, herencia o por alguna característica en particular que el individuo pudiera presentar como un cuadro de epilepsia o neurosis. Es posible que la enfermedad mental sea considerada como una de las bases del chamanismo, pero existe una gran diferencia entre los enfermos mentales y el chamán. El chamán es capaz de obtener control sobre su enfermedad e incluso darle un uso provechoso. Se trata en última instancia de una curación, de un dominio, de un equilibrio logrado por el ejercicio del chamanismo. No se debe al hecho de padecer ataques de epilepsia el que un chamán esquimal o indonesio posea fuerza y prestigio social, sino al hecho de que puede dominar su propia epilepsia y aprovecharse de ella para hacer cosas que nadie más puede hacer. El antropólogo Francisco Franco (2008) citando a Devereux, dirá que el chamán es un ser “gravemente neurótico”, e incluso podría ser considerado como un “psicótico en estado de remisión temporal” relacionando esto con la práctica común de los chamanes de entrar en estados alterados de consciencia a conveniencia. La afección mental del chamán se ubica dentro del inconsciente étnico propio de su cultura de donde tomará los síntomas para expresar su malestar. Por otra parte, el psicótico depende del mismo para crear los síntomas de su padecimiento ya que ubica su enfermedad dentro del inconsciente idiosincrático. (pp. 39-40)

Eliade (2003) dedicó mucho de su tiempo al estudio del chamanismo en diferentes partes del mundo y expone como el chamán no es solo un enfermo, ante todas las cosas, es un enfermo que ha conseguido curarse a sí mismo. El aspirante a chamán que manifiesta su vocación por medio de una enfermedad, determinara sí realmente está preparado o no para ser un chamán si consigue curarse a sí mismo y salir airoso de la enfermedad. El haber sufrido la enfermedad les permite tener un mejor acercamiento hacia la teoría en carne propia de la enfermedad lo que le brinda las herramientas necesarias para luego poder curar a sus pacientes. Pero no encontrara todas las

respuestas sobre la enfermedad al curarse a sí mismo. Es necesario una instrucción teórica y práctica por parte de otro chamán para adquirir mayor conocimiento. (pp. 17-19) El aspirante a chamán que no ha mostrado características particulares que le permitan acceder al aprendizaje, tendrán sus opciones limitadas ya que a diferencia del psicoanálisis donde hoy en día es común la enseñanza en las universidades, el chamanismo es hereditario.

Freud mantenía dos posturas importantes para que una persona pudiera convertirse en psicoanalista y obtener un manejo adecuado de esta técnica. A parte del material teórico que se recibe en las distintas instituciones, es necesario que el aspirante se enfrente a casos clínicos para que pueda aplicar todo lo que ha estudiado sobre el psicoanálisis. Es sustancial destacar que Freud será insistente en la necesidad de que un psicoanalista se someta a un psicoanálisis para poder ejercer la profesión: “Las enseñanzas del psicoanálisis se basan en un número incalculable de observaciones y experiencias, y solo quien haya repetido esas observaciones en sí mismo y en otros individuos está en condiciones de formarse un juicio propio sobre aquel (el psicoanálisis)”. (Freud, 1938/1992)

La transferencia

Para Freud (1912/1992), los pacientes producen transferencias que van acorde con lo planeado para poder ir buscando una cura. Sin embargo, muchas veces se dan sentimientos que no aportan ningún valor a los fines terapéuticos que provienen del inconsciente. (p. 98). Es necesario saber manejar esta transferencia de sentimientos tanto en el psicoanálisis como en el chamanismo ya que ambos dependen de una buena relación con el paciente para poder llevar a cabo la cura esperada. El chamán dentro de su cultura ocupa una posición social muy importante, ya que muchas veces es él quien toma decisiones sobre el futuro y destino del pueblo. A su vez es considerado como una persona de gran sabiduría y poder por lo cual las personas lo admiran y respetan mucho. El psicoanalista frente a su paciente, se ve como la única persona que tiene el poder y el conocimiento para ayudarlo. Será quien le dé respuestas a los males que le afectan.

El chamán busca a través de la sugestión y el mito social brindar respuestas a los males de sus pacientes para aliviarlos. Por otra parte el psicoanalista a través de un mito individual y toda la cadena de significantes propias del sujeto con ayuda de la autosugestión del mismo, buscara brindar alivio a las afecciones que le afligen al sujeto. Gracias a esto los pacientes confían en el psicoanalista y el chamán respectivamente para que sean ellos quienes lo curen. (Hoyos, 1999)

Por otra parte también es necesario saber manejar una transferencia negativa u hostil ya que estos también están cargados de algún vínculo afectivo que deberá ser elaborado. Aunque las situaciones de transferencia negativa u hostil son muy diferentes entre chamanismo y psicoanálisis, ambos deberán enfrentar estas transferencias con el fin de sacarle el mayor provecho posible. Si el paciente no confía en la palabra del chamán y no tiene fe en sus poderes curativos la cura no surtirá efecto. Si el psicoanalista no mantiene un buen encuadre y rapport con el paciente y este se muestra esquivo y resistente frente al terapeuta, nunca se conseguirá un buen trabajo con el paciente. Este es el motivo del por qué saber utilizar la relación de transferencia con acierto, una específica para cada persona y para cada tipo de terapia, es indispensable para poder generar el tratamiento adecuado.

Stanley Krippner y Adam Rock (2011) también plantean la necesidad de la credibilidad del pueblo en el chamán para poder llevar a cabo una cura satisfactoria, lo que nos muestra una clara necesidad de un buen manejo de la transferencia. Al realizar un estudio sobre los profesionales de la salud occidental y la tradicional, pudieron comprobar que la eficacia de un tratamiento se refleja dentro de cuatro principios básicos: una cosmovisión compartida entre el médico y el paciente, las características personales del profesional, las esperanzas objetivas del paciente y los procedimientos que permitan establecer un sentimiento de poder sobre la situación por parte del paciente. Los chamanes siempre se muestren alegres y saludables frente a sus clientes con el fin de impresionarlos. La esperanza, la confianza y la fe que se puede tener sobre el médico mejoran las expectativas del paciente. (p. 35) Es necesario tanto para el chamanismo como para el psicoanálisis que el paciente confíe y crea en los conocimientos y

tratamientos del médico al que recurren, ya que es indispensable la confianza del paciente para poner en práctica ciertos métodos y herramientas curativas como lo son la interpretación de los sueños y la palabra sin que ciertas resistencias se presenten.

III.II Análisis de los métodos de intervención

Dentro de las herramientas y métodos de intervención tratados dentro del chamanismo y el psicoanálisis, los que guardan mayor relación son la interpretación de los sueños y el uso de la palabra.

Interpretación de los sueños

La interpretación de los sueños mientras que en algunas culturas carecía de valor, otras les brindaban importancia para cosas del diario vivir. Ahora se ha demostrado que son de suma importancia dentro de la cura. Krippner y Rock (2011) explican cómo los soñadores europeos pasados fueron obligados a ignorar sus sueños, ya que el soñador no podía saber a ciencia cierta si los sueños provenían de fuentes divinas o de fuentes demoniacas. Los chamanes nativos americanos no presentaban este problema ya que los siglos de estudio por parte de estos sobre los sueños tradicionales, los apartó de la preocupación de determinar el origen de los sueños. En la mayoría de los casos, estos chamanes incitaban a los miembros de su familia a trabajar con sus propios sueños para enriquecer más su conocimiento sobre los mismos. (p. 113) Stanley Krippner y April Thompson comenzaron un trabajo comparativo entre el sistema chamánico de sueños y el patrón popular occidental de la psicoterapia usando un modelo propuesto por Montague Ullman y Nan Zimmermann de 1979. Este modelo de Ullman y Zimmermann fue usado para contrastar tres formas de interpretación de sueños de la época, los de Sigmund Freud, los de Carl Jung y los del propio Ullman. Krippner decidió añadir dos facetas más a la comparación de este modelo dando como resultado un modelo con 10 facetas para cotejar, permitiéndose realizar una mejor comparación transcultural entre las prácticas del sueño del chamanismo y occidente:

Tabla 1. Relación entre la interpretación de los sueños chamánicos y la interpretación de los sueños psicoanalíticos

| | CHAMANISMO | PSICOANALISIS |
|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la función del sueño? | Los sueños son fuente de poder (curación, guerras, caza); conocimiento cultural (mitos, rituales, canciones); y/o de información personal (ocupaciones, roles sociales, eventos futuros o espíritus guardianes). | Descargar respuestas pulsionalesinstintivas reprimidas |
| 2. ¿Qué motiva a las personas a recordar sus sueños? | El recordar e interpretar los sueños le brinda al soñador poder e información que no podría ser alcanzada de otra forma | Las personas por lo general tratan de no recordar sus sueños por el material reprimido que contienen, pero en el psicoanálisis, el sueño es la camino más importante al inconsciente y ayuda a las personas a entender su psicodinámica personal y el cumplimiento y satisfacción de los deseos en el sueño |
| 3. ¿De dónde provienen los sueños? | El mundo de los espíritus es la fuente de los sueños; puede accederse por medio de viajes astrales o por visitas espirituales. Estos sueños son reales en la forma en que ellos retratan eventos que ocurren en la propia realidad de la cultura. En algunos casos se los considera más reales que la vida real misma | Los sueños nacen del inconsciente que contiene deseos reprimidos |
| 4. ¿Cómo los sueños transmiten su significado? | El poder de los sueños y su información se transmite a través de historias e imágenes que reflejan eventos del pasado, presente o futuro, y/o del mundo espiritual. | Las imágenes son el lenguaje del inconsciente y de los sueños |
| 5. ¿El significado de los sueños es universal? | Algunos sueños tienen la misma interpretación para todos los miembros de la comunidad, mientras que | Los símbolos sexuales ocurren de diferentes formas y maneras en cada cultural, por lo cual cada significado |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>otros sueños transmiten un significado personal, en cualquiera de los dos casos, la misma historia o imagen puede tener muchos significados potenciales dependiendo del contexto cultural.</p> | <p>de los sueños es propia de cada persona influenciada por su cultura y creencias</p> |
| <p>6. ¿Cuál es el rol de los sueños en la vida diaria de las personas?</p> | <p>Algunos sueños pueden cumplir la función de solucionar algún problema reflejando el pasado, presente o futuro del soñador. Los sueños pueden tener efectos en la vida diaria de las personas como por ejemplo el soñador evitara ciertos lugares o situaciones que haya soñado para prevenir cualquier problema</p> | <p>Los sueños son el residuo de un conflicto experimentado con anterioridad en la vida diaria de cada persona</p> |
| <p>7. ¿Qué enfoque es el utilizado para trabajar con los sueños?</p> | <p>Los sueños pueden ser inducidos entre los grupos o individuos a partir de rituales, periodos de ayuno, sugestión o instrucción chamánica</p> | <p>Se utiliza la asociación libre para trabajar con los sueños</p> |
| <p>8. ¿Cuál es el trabajo del intérprete del sueño?</p> | <p>El trabajo del intérprete de los sueños es muy respetado, pero los individuos y grupos que actúan de intérpretes son variados y de gran cantidad.</p> | <p>El psicoanalista le dice al paciente el significado de sus sueños a partir de las asociaciones libres que él mismo va generando</p> |
| <p>9. ¿Qué rol ocupa el sueño en la cultura del intérprete?</p> | <p>Los sueños tienen un papel importante dentro de las culturas aborígenes al proveer de información benéfica y poderosa a la comunidad, al igual que al chamán y otros practicantes que usen los sueños dentro de su obrar.</p> | <p>Los sueños reflejan el material reprimido de la cultura, incluyendo los tabúes sociales</p> |
| <p>10. ¿Cómo son percibidos los sueños anómalos y visionarios?</p> | <p>Los sueños pueden mostrar un futuro o eventos distantes, los sueños visionarios proveen a la comunidad de gran poder e información</p> | <p>Los sueños anómalos forman parte de la misma psicodinámica que el resto de sueños</p> |

Fuente: Krippner & Rock (2011)

Es importante al utilizar este método de Ullman y Zimmerman diferenciar entre función y motivo de los sueños entre occidente y chamanismo. La función del sueño es considerada como adaptativa ya que ayuda a la mielinización de las células nerviosas, permite la binocularidad de los ojos, tiene una función informática al brindar soluciones a un conflicto o problema, genera la descarga de residuos emocionales o permite traer información nueva al soñante. Existen cinco interpretaciones funcionales significantes de diferentes actividades humanas que han sido descritas en relación con la interpretación de los sueños. La más interesante es la función natural que tiene el sueño de consolidar lo aprendido ese día y una función superpuesta que se basa en la utilización de sueños lúcidos para asistencia en la cura física y emocional. La importancia para recordar e interpretar los sueños parte de diferentes motivos, como el de ayudar a la hora de cazar, hacer contacto con los muertos, o de recibir información en cuanto al futuro de una persona o su vocación. (Krippner & Rock, 2011, pp. 117-118) También es importante hacer una diferencia en cuanto a fuente de función. La fuente de los sueños es su origen, al igual que el mecanismo y agencia de esta fuente. Por lo general el psicoanálisis describe como origen y fuente de los sueños al inconsciente, mientras que las neurociencias encuentran su fuente y origen en los mecanismos neuronales del cerebro. El concepto de inconsciente psicoanalítico no encuentra su contraparte en algún concepto chamánico. Sin embargo; se podría comparar al concepto de inconsciente con los conceptos de mundo espiritual, de lo otro o de lo desconocido, que es muy frecuente dentro del chamanismo.

Vale destacar también que para el chamanismo, el “lenguaje” de los sueños se relaciona con el uso de mitos y símbolos propios de cada cultura para su interpretación. Si relacionamos la vida del soñante con el contenido del sueño, tenemos que considerar que la gente indígena suele soñar con actividades comunitarias como la caza, las guerras, las cosechas, al igual que con preocupaciones personales. Por este motivo es necesario que existan símbolos y metáforas específicas para poder brindar significado a los sueños, a diferencia del psicoanálisis donde el contenido de los sueños varía de persona en persona, donde la interpretación de los sueños es individual ya que reflejan los deseos inconscientes de cada paciente. Las personas del campo tienen sus propios

sueños pero al verse sumergidas en una sociedad donde lo colectivo importa más que lo individual, el contenido y la interpretación del sueño se verá atado a ciertas interpretaciones específicas y generales establecidas por la cultura. El intérprete desempeña un papel más importante para la medicina aborígen que para la medicina occidental. Desde la perspectiva chamánica ningún sueño es considerado anómalo, ya que estos sueños anómalos se pueden interpretar fácilmente a través de los métodos culturales de mitos y símbolos, tal vez el término inusual o extraordinario sería más acorde a la descripción de estos sueños más que de anómalos o raros. (Krippner & Rock, 2011, pp. 119-120) Esta noción de no considerar a los sueños anómalos es algo que el chamanismo comparte con el psicoanálisis.

Uso de la palabra

El chamán ayuda al paciente a curarse proporcionándole un lenguaje que cargado de simbolismos y mitología cultural lo ayudan a expresar su estado para el cual no encuentra otra explicación que pueda expresar en palabras. Es gracias a este lenguaje chamánico que el paciente encuentra la cura. En el texto, “La eficacia simbólica” Levi-Strauss (1995) tratará de darle una explicación a esta manera de sanar del chamán, aclarando que lo que se trata de conseguir con el relato de la canción utilizada por él mismo, es la de hacer consciente lo inconsciente:

Estos (los nuchu) penetran en el orificio natural y puede imaginarse que, tras toda esta preparación psicológica, la enferma los sienta efectivamente penetrar. No solo ésta los siente; ellos <<despejan>> [...] el camino que se dispone a recorrer. [...] La cura consistirá, pues, en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos y hacer aceptable para el espíritu los dolores que el cuerpo se rehúsa a tolerar. [...] El shamán proporciona a la enferma un lenguaje en el cual se pueden expresar inmediatamente estados informados e informables de otro modo. Y es el paso a esta expresión verbal (que permite, al mismo tiempo, vivir bajo una forma ordenada e inteligible una experiencia actual que, sin ello, sería anárquica e inefable) lo que provoca el desbloqueo del proceso fisiológico, es decir la reorganización, en un sentido favorable, de la secuencia cuyo desarrollo sufre la enferma. A este respecto, la cura shamánica está a medio camino entre nuestra medicina orgánica y las terapéuticas psicológicas como el psicoanálisis. Su originalidad proviene de que aplica a una perturbación orgánica un método muy semejante al de estas últimas (pp. 218-221).

Levi-Strauss en su texto (1995), explica que este canto fue interpretado por Wassen y Holmer y se trata del primer texto mágico religioso de las culturas sudamericanas en donde se describe un canto chamánico. Este canto es utilizado por un chamán en un parto complejo donde su intervención es demandada por una parturienta, mismo canto que es usado a manera de sanación. Se comienza por describir la confusión que presenta la partera, la llegada del chamán a la choza y los preparativos que realiza para su intervención. El chamán con la ayuda de la confección de unas imágenes sagradas conocidas como “nuchu” representan a los espíritus protectores quienes actúan de ayudantes del chamán y son quienes lo acompañaran en un viaje a la mansión de “Muu” que representa el útero femenino. Gracias a los poderes de claridad del chamán este puede encontrar y localizar con brevedad el origen de la enfermedad. El canto que emplea el chamán tiene como fin la restitución del alma de la enferma o “purba”, sorteando varios obstáculos en el Muu-Igala o ruta de Muu que representa literalmente la vagina de la mujer. Entonces el curandero realiza una batalla contra Muu con ayuda de sus “nuchu” que le entregan su “niga” (vitalidad y resistencia). (Levi-Strauss, 1995, pp. 211-216)

Se puede observar como la cura chamanica en este caso, constituye una cura puramente psicológica ya que el chamán en ningún momento toca el cuerpo de la paciente o le propicia ningún medicamento. El chamán informa a la paciente de forma directa lo que le afecta y su localización. Este canto, por medio de la palabra, se basa en una manipulación psicológica del órgano afectado por la enfermedad y de esta manipulación se espera una cura. (p. 216) Destacara también algunas diferencias que se presentan en la utilización de la palabra como medio de cura:

El shamán tiene el mismo doble papel que desempeña el psicoanalista: un primer papel—de oyente para el psicoanalista, de orador para el shamán—establece una relación inmediata con la conciencia (y mediata con el inconsciente) del enfermo. Es el papel del encantamiento propiamente dicho. Pero el shamán no se limita a proferir el encantamiento: es un héroe, porque es él mismo quien penetra en los órganos amenazados a la cabeza del batallón sobrenatural de los espíritus y quien libera el alma cautiva. En este sentido el shamán se encarna, como el psicoanalista objeto de la transferencia, para convertirse, gracias a las representaciones inducidas en el espíritu del enfermo, en el protagonista real del conflicto que este último experimenta a medio camino entre el mundo orgánico y el mundo psíquico. El enfermo neurótico acaba con un mito individual al oponerse

a un psicoanalista real; la parturienta indígena vence un desorden orgánico verdadero, identificándose con un shaman míticamente transpuesto. (Levi-Strauss, 1995, p. 22)

Entendemos cómo el chamán tiene un papel más participativo dentro de sus prácticas curativas que el psicoanalista. El chamán no solo cuestiona y brinda respuestas al paciente, él se somete a una batalla con los órganos enfermos para sanarlos a través de este canto. El analista por otra parte, se limita a trabajar con la asociación libre del paciente guiándole en su camino mas no interfiriendo en el proceso de su cura. El cuerpo tiene su propia dimensión psíquica y cultural motivo por el cual se expresa en su propio lenguaje escuchando un discurso que se le vuelve significativo. Diferentes sistemas semióticos del cuerpo que se apuntalan en diferentes signos de múltiples unidades significantes. Diferentes discursos pueden influenciar el cuerpo a partir del valor significativo que poseen del cuerpo como signo o como un conjunto de signos abiertos a generar múltiples y variables significantes. (Levi-Strauss, 1995, pp. 222-224)

III.III Finalidades de la intervención

Levi-Strauss (1995) propone que la finalidad de la intervención de ambas prácticas es hacer consciente ciertos problemas y resistencias que han persistido y permanecido hasta ese instante como inconscientes a causa de la represión ya sea por fuerzas psicológicas, por factores ambientales o traumáticos. Estas resistencias deben ser elaboradas no simplemente a partir del conocimiento que el paciente puede obtener sobre su enfermedad sino que, gracias a este conocimiento, permite al cliente llegar a tener una experiencia detallada de su trauma, en donde los problemas se renuevan de manera ordenada y minuciosa permitiendo la libre difusión de los mismos hasta encontrarles una solución.

Dentro del psicoanálisis, esta experiencia a la que se enfrenta el paciente es lo que se denomina como “abreacción”. Freud destaca el poder del lenguaje y el uso de la palabra para la abreacción del paciente. Esto le permitió trabajar el trauma psíquico generado en la psique de una persona sana, superándolo sin ningún daño. El

psicoanalista escucha a su paciente, permite que se genere una asociación libre y va trabajando a través de la cadena de significantes que se han formado a partir del evento traumático primordial. El chamán se enfoca en hablar, escucha al paciente y él es el que interpreta lo que le pasa, le brinda un lenguaje con el cual el paciente puede compenetrarse y permitir que la interpretación de sus males se genere en búsqueda de una cura. Vale destacar que en ambas prácticas la cura se genera a partir de un renacimiento de la persona, el renacer como una persona nueva. Está claro que existen diferencias marcadas entre las dos formas de intervención sin embargo, si bien en el chamanismo se trata de una cura de lo real por lo simbólico, en el psicoanálisis también se trabaja en una cura de lo real por lo simbólico. (pp. 222-223)

III.IV El neochamanismo

Por ultimo vale la pena hablar sobre la existencia de un método que mezcla las psicoterapias con las prácticas chamánicas:

Hoy en día existe lo que se llama psicoterapia o psicología transpersonal, que se considera una provincia específica de la psicoterapia, pero más importante es que toda la psicoterapia se vaya reconociendo como más o menos transpersonal. Y es de esto que quiero hablarles específicamente: de cómo la psicoterapia —tal como es, y sin el agregado de un elemento “transpersonal”—ya es espiritual” (Naranjo, La dimensión espiritual de la psicoterapia y el nuevo chamanismo, 2000, p. 3).

Estas prácticas de la psicoterapia transpersonal, toman muy en cuenta la concepción de la etnopsiquiatría, el etnopsicoanálisis o el neochamanismo. El neochamanismo se genera en espacios determinados a los que se conoce como espacios “terapéutico-espirituales”. En estos espacios el sujeto busca un acercamiento y profundización del autoconocimiento, a partir de ciertas pautas y normas establecidas que permiten al sujeto poder tener mayor aproximamiento a este autoconocimiento. A estos espacios terapéutico espirituales acuden personas que buscan un acercamiento a estados alterados de consciencia propios del chamanismo y sus plantas medicinales conocidas también como plantas enteógenas, buscando una cura o mayor introspección sobre ellos mismos o el mundo que los rodea. En estos espacios neochamánicos se genera una

especie de cura chamánica sin la presencia de un chamán, y son estos rituales y ceremonias donde basa sus prácticas el neochamanismo. (Scuro, 2015, pp. 176-178)

Los estudios realizados por Levi-Strauss y Eliade permitieron el surgimiento de este nuevo proceso conocido como neochamanismo. Scuro (2015) cita a Ismael Apud donde plantea que la popularización del uso de sustancias y bebidas enteógenas como la ayahuasca y los estados alterados de consciencia que producen, permiten una liberación de la consciencia y un acercamiento al inconsciente. La percepción del “éxtasis” como un contacto con lo transpersonal, sagrado y trascendental del sujeto por parte de ciertos científicos, ha permitido el surgimiento de esta práctica del neochamanismo. Lo que se busca destacar en esta práctica neochamánicas es la relación que sostiene con un Otro primordial que se establece en oposición a las religiones establecidas por occidente, al igual que sus sistemas económicos y políticos buscando retornarlos a la naturaleza. El neochamanismo urbano es en nuestra época, lo que en las décadas de 1980 y 1990 representó el budismo y el hinduismo. El neochamanismo puede ser relacionado con la autoayuda y los resultados inmediatos, algo de lo que la sociedad moderna está acostumbrada a buscar. (pp. 175-176)

Por ultimo Scuro (2015) hablará sobre “la Otra cura”, y explicara que en realidad se trata de un juego de palabras con “el Otro cura”. Explica que al tener una explicación espiritual-religiosa ciertos procesos curativos de la medicina tradicional, es necesario tener otra visión de la cura más que únicamente como un proceso fisiológico, ya que al no hacer esto se estaría perdiendo y dejando de lado lo que particulariza y distingue al sistema medico científico del tradicional. (p. 186)

CONCLUSIONES

La relación que mantiene el susto o espanto chamánico con la angustia psicoanalítica se da a partir de su sintomatología y origen traumático. Ambas forman parte de las neurosis, en específico de las neurosis traumáticas o neurosis de susto. El trauma en el susto es generado a partir de emociones fuertes que afectan la psique. La angustia se genera a partir de la experimentación de un apronte o afectos cargados de emociones fuertes, por lo cual es fácil pensar que ambas comparten la noción del trauma como origen de la enfermedad. El trauma en el chamanismo es enfrentado a través de un mito social y la sugestión del chamán sobre el paciente. El trauma en la angustia, desde el psicoanálisis, es abordado desde la autosugestión del paciente frente a la cadena de significantes que ha adquirido a lo largo de su vida. El chamán busca traer de vuelta el alma del paciente a partir de sus cantos y lo que estos produzcan en el paciente. El psicoanalista busca aliviar los síntomas a partir de la asociación libre y la autosugestión frente a las afecciones del paciente.

Se considera necesario la modificación de la conceptualización clásica de enfermedad y debería comenzar a vérsela como algo dinámico con mayor valor al que el que el paciente suele otorgarle. Al ser dos afecciones generadas por un trauma, es importante considerar al susto dentro de las neurosis traumáticas, mismas que pueden ser consideradas como neurosis de susto. Aunque el susto se sostenga dentro de un mito social y la angustia dentro de un mito individual, ambas buscan una cura dentro de lo real a partir de lo simbólico. La relación que ambos guardan al darle un valor indispensable a la palabra a la hora de buscar una cura es un punto de relación que debe ser destacado ya que tanto para el psicoanálisis como para el chamanismo como se ha mencionado con anterioridad, la comunicación es salud y la incomunicación enfermedad. Por último es importante señalar la relación que sostiene la formación del aparato psíquico con la división del alma planteada por los pueblos aborígenes, es comprensible comparar al “kuraji” chamánico, con el “yo” psicoanalítico ya que ambas son las generadoras del carácter de las personas.

Al realizar este trabajo y poder relacionar el concepto psicoanalítico de angustia con el concepto chamánico de susto o espanto, encontramos que, si bien existe una relación entre el susto y la angustia, la relación entre el psicoanálisis y el chamanismo es mucho más extensa, a pesar de parecer dos métodos de intervención muy diferentes y aparentemente poco relacionados. La formación, por ejemplo, para el chamán es más ardua que la del psicoanalista ya que el primero tendrá que enfrentarse a procesos rigurosos de aislamiento y abstinencia para convertirse en chamán. Los aspirantes a chamanes, también se enfrentan con la problemática de la necesidad de presentar un “llamado” para poder aprender y practicar el chamanismo, si este llamado no se genera, la persona, enfrentara grandes problemas en su deseo de convertirse en chaman, incluso, debe considerar la opción de nunca convertirse en uno. Ambas prácticas comparten la noción de tener que verse sometidos a una cura. Una cura chamánica a partir de haber sufrido primero la enfermedad y haberla superado airesamente para poder curar a sus pacientes; y una cura psicoanalítica, a partir del sometimiento a un psicoanálisis por parte del aspirante a analista.

Entre las herramientas que ambas prácticas emplean para su trabajo curativo encontramos algunas diferencias como, por ejemplo, el uso de plantas enteógenas en el caso del chamanismo y el uso de los test psicológicos e hipnosis por algunos psicoanalistas para poder generar un mejor diagnóstico. El chamán depende de la fe y la confianza que los pacientes tienen sobre su práctica ya que se maneja con la sugestión de los mismos. El psicoanalista depende de un buen rapport, un ambiente de confianza y confidencialidad con su paciente para que el mismo no dude en decir cuánto se le venga a la mente. De esta manera la asociación libre se desarrolla con normalidad permitiendo un mejor trabajo con la autosugestión del paciente. Sin embargo, vale destacar que existen varias herramientas de intervención que ambas prácticas comparten aunque con aplicaciones diferentes como en el manejo de la transferencia o la interpretación de los sueños. Otra de las diferencias que se puede observar en cuanto a las herramientas implicadas dentro de ambas curas es la sugestión y autosugestión del paciente. Mientras el chamán es quien interpreta y guía la cura a partir de la sugestión e influencia que tenga sobre su paciente, el psicoanálisis busca la asociación libre del

paciente para, de esta manera, trabajar con la autosugestión y las interpretaciones que el paciente pueda generar sobre lo que le está afligiendo.

El psicoanálisis enfrentó muchas y duras críticas a lo largo de su proceso de formación teórica, ya que fue inconcebible para el gremio de médicos psiquiatras reconocer el método empírico que presentaba Freud. A pesar de estas dificultades son dos métodos terapéuticos que siguen manteniéndose en vigencia y siguen brindando grandes aportes a las ciencias médicas contemporáneas. La aparición del neochamanismo abre una brecha entre las prácticas médicas y las chamanicas a partir de las cuales ya se han realizado muchos estudios para trabajar diferentes enfermedades, como es el caso de la epilepsia con la utilización de plantas enteógenas como la ayahuasca. Este tipo de acercamientos permitirá a futuro encontrar más relevancia entre la relación de las prácticas chamánicas con las médicas y en especial con las psicológicas, psiquiátricas y psicoanalíticas a la hora de buscar una cura a enfermedades que podrían estar relacionadas.

La falta de conocimiento sobre ciertos mitos, creencias y prácticas mágico-religiosas de los pueblos aborígenes en el Ecuador, es un gran problema que enfrenta a diario el sistema de salud pública nacional. Si bien buscan brindar una atención de calidad a sus pacientes, la falta de conocimiento sobre ciertas ideas y concepciones mágico-religiosas de algunas enfermedades, generan conflictos y confusiones entre médicos tanto en la medicina tradicional o aborígen (chamanismo), como en la medicina científica (psicoanálisis). Este es el motivo por el cual la insistencia en la importancia implementación de un lenguaje médico-religioso de las prácticas chamánicas al lenguaje médico-descriptivo psicoanalítico y viceversa.

RECOMENDACIONES

La búsqueda de tener un mayor acercamiento a esta medicina tradicional o aborígen ha permitido que se generen espacios como el del neochamanismo, movimiento que cada vez obtienen más practicantes y está en constante crecimiento. Es importante seguir los pasos a este tipo de prácticas novedosas ya que en un futuro podría brindar mayor información sobre el estudio de la relación de las prácticas médicas con el chamanismo y los resultados que los mismos puedan arrojar al público. Es indispensable para la práctica psicoanalítica brindar una escucha a las personas de las comunidades indígenas o provenientes de otras culturas, tomando siempre en cuenta el contexto social y cultural del que provienen para comprender de mejor manera las explicaciones mágico-religiosas que estas personas suelen darle a la enfermedad generando a partir de esto un mejor tratamiento. El poder hallar una vinculación más fuerte entre estas dos prácticas terapéuticas podrían abrir el camino a grandes avances no solo médicos y psicológicos quizá incluso hasta sociales y antropológicos.

Es recomendable la apertura de la enseñanza de estas teorías neochamanismo en planteles universitarios de nuestro país al ser tan diverso en culturas y creencias. La existencia del neochamanismo permite un acercamiento más profundo entre ambos métodos terapéuticos. El surgimiento de este nuevo movimiento y su crecimiento permitirá a futuro un mejor conocimiento de la relación que guardan el psicoanálisis con el chamanismo: “la comparación con el psicoanálisis nos ha permitido aclarar algunos aspectos de la cura shamanística. No puede asegurarse que, inversamente, el estudio del shamanismo sea incapaz de aclarar un día ciertos puntos oscuros de la teoría de Freud. Pensamos particularmente en la noción de mito y en la noción de inconsciente” (Levi-Strauss, 1995, p. 225). Al igual que Levi- Strauss, se espera que en un futuro el neochamanismo pueda brindar mayor conocimiento sobre la relación y aplicación de ciertas prácticas aborígenes en la psicoterapia tradicional.

BIBLIOGRAFÍA

- Almendro, M. (2008). *Chamanismo: La vida de la mente nativa*. Barcelona: Kairós.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington: Editorial Medica Panamericana.
- Bidou, P., & Perrin, M. (1988). *Lenguaje y palabras chamanicas*. Quito: Abya Yala.
- Bion, W. (1987). *Aprendiendo de la experiencia*. Mexico D.F.: Paidós.
- Brooks, B. (2011). *The andean cultural model of susto: Cultural consonance and Historical trauma in the Andes*. Tuscaloosa: The University of Alabama.
- Castaldo, M. (2004). Susto o espanto: en torno a la complejidad del fenómeno. En *Dimensión Antropológica* (págs. 29-67). Mexico: UNAM.
- Eliade, M. (2003). *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. Fondo de Cultura Economico.
- Estrella, E. (1977). *Medicina Aborigen: La practica medica aborigen de la sierra ecuatoriana*. Quito: Epoca.
- Fernandez, G. (2011). *Maleficios corporales: posesión, hechicería y chamanismo en España y America*. Quito: Abya-Yala.
- Franco, F. (2008). El chamán como enfermo mental según George Devereux. *Anuario GRHIAL*, 35-50.
- Freud, S. (1892-99/1992). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 228-235). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1893-95/1992). Estudios sobre la histeria. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 1-310). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1895/1992). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia". En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 85-111). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905/1992). Tres ensayos de teoría sexual. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 07, pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905/1992). Una dificultad del psicoanálisis. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 125-135). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1910/1992). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 1-53). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1911-1915/1992). Trabajos sobre técnica psicoanalítica. En J. Strachey, *Sigmund Freud Obras completas* (Vol. 12, pp. 77-82). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912/1992). Sobre la dinamica de la transferencia. En J. Strachey, *Obras completas Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 93-103). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913/1992). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 123-145). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913/1992). Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida animica de los salvajes y de los neuroticos. En J. Strachey, *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 13, pp. 1-163). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914/1992). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En J. Strachey, *Sigmund Freud Obras Completas* (Vol. 14, pp. 1-65). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/1992). Pulsión y destinos de pulsión. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915-16/1992). Conferencias de introducción al psicoanálisis I y II. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 15, p. 209). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917/1992). Conferencias de introduccion al psicoanálisis III. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, p. 446). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919/1992). ¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la unviersidad? En J. Strachey, *Sigmund Freud Obras completas* (Vol. 17, pp. 165-171). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919/1992). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (J. Strachey, Trad., Vol. 17, págs. 151-163). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1923/1992). Dos artículos de enciclopedia: <<Psicoanálisis>> y <<Teoría de la libido>>. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 227-255). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923-1925/1992). El yo y el ello. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924/1992). Breve informe sobre psicoanálisis. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 199-224). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926 (1925)/1992). Inhibición, síntoma y angustia. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926/1992). Psicoanálisis. En J. Strachey, *Sigmund Freud Obras Completas* (Vol. 20, pp. 245-264). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1927/1992). El porvenir de una ilusión. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 1-57). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1933/1992). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 75-103). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1938/1992). Esquema del psicoanálisis. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 22). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1950 (1892-99)/1992). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En J. Strachey, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 228-235). Buenos Aires: Amorrortu.
- García, M. (2012). La mirada, el goce y el encuentro con los invisibles. A propósito de la enfermedad del Susto o Espanto en la cultura popular Chilena. 15-31.
- Gómez, G. (2007). Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo. En U. N. Colombia, *Informes Psicológicos* (págs. 101-119). Medellín: Universidad Nacional de Colombia.
- Hampejs, H. (1992). *El éxtasis shamánico de la conciencia: principio medular de la medicina shamanica*. Tumbaco.
- Harner, M. (1978). *Shuar pueblo de las cascadas sagradas*. Quito: Ediciones Mundo Shuar.

- Hoyos, J. (1999). Chamanismo y medicina ¿Dos formas del vínculo social? *Affectio Societatis*, 1-8.
- Kreimer, E. (1988). Curar es el arte de decir las cosas. En P. Bridou, & M. Perrin, *Lenguaje y palabras chamanicas* (pp. 150-183). Quito: Abya-Yala.
- Krippner, S., & Rock, A. (2011). *Demystifying Shamans and their world*. Andrews UK Limited.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). *Diccionario de psicoanalisis*. Buenos Aires: Paidos.
- Levi-Strauss. (1995). La Eficacia Simbólica. En Levi-Strauss, *Antropología Estructural* (pp. 211-227). Barcelona: Paidos S.A.
- Macrae, E. (1998). *Guiado por la luna: Shamanismo y uso ritual de la ayahuasca en el culto de santo daimé*. Quito: Abya-Yala.
- Moscone, R. (2012). El miedo y sus metamorfosis. *Psicoanalisis XXIV (I)*, 53-78. Retrieved from Dialnet.
- Mukuink', M., & Tukup' Chiriap, F. (1997). *Sueños, Visiones y Poder: Chamanismo y simbolismo onírico en el pueblo achuar*. Quito: Abya- Yala.
- Munera, J. (1988). El lenguaje extático y la cura chamanica. En P. Bidou, & M. Perrin, *Lenguaje y Palabras Chamanicas* (pp. 119-126). Quito: Abya-Yala.
- Naranjo, C. (2000). La dimensión espiritual de la psicoterapia y el nuevo chamanismo. *Aspecto espiritual de la psicoterapia y el nuevo chamanismo*, 19.
- Nathan, T. (1994). *L'influence Qui Guérit*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Polia, M. (1989). "Contagio" y "perdida de la sombra" en la teoría y práctica del curanderismo andino del Perú septentrional: Provincias de Ayabaca y Huancabamba. *Revista PUCP*, 195-231.
- Polia, M. (1989). *contagio y perdida de la sombra en la teoría y práctica del curanderismo andino del peru septentrional*.
- Poveda, J. (1977). *Chamanismo: El arte natural de curar*. Madrid: Temas de Hoy, S.A.
- Rank, O. (1964). *El trauma en la Infancia*. Buenos Aires: Paidos.
- Remorini, C., Crivos, M., Martínez, M., & Aguilar, A. (2009). El "susto": "síndrome culturalmente específico" En contextos pluriculturales. Algunas consideraciones sobre su etiología y terapéutica en México y Argentina. In M. Pochettino, A. Ladio,

- & P. Arenas, *Tradiciones y transformaciones en Etnobotánica* (pp. 517-524). ICEB.
- Rubel, A. (1964). El susto en Hispanoamerica. *Ethnology*, 268-283.
- Scuro, J. (2015). De religión y salud a espiritualidad y cura. El neochamanismo como vehículo del cambio. *Ciencias sociales y religión*, 167-187.
- Sherzer, J. (1988). El arte verbal de los cantos shamanisticos cuna. En P. Bidou, & M. Perrin, *Lenguaje y palabras chamanicas* (pp. 49-61). Quito: Abya-Yala.
- Tiahoga, R., & Viesca, C. (1983). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del susto. *Simposio "Evaluacion medica de una enfermedad paralela: el susto"*, 475-490.
- Velásquez, L. (2003). El objeto en la cura: de las terapias tradicionales al psicoanálisis. *Desde el jardin de Freud*, 288-291.
- Zuluaga, G. (Julio de 2006). *Foro de la sociedad civil en salud*. Obtenido de forosalud: http://www.forosalud.org.pe/iiicns/Reflexiones_para_un_dialogo.pdf